



ASSOCIAZIONE SCUOLA MATERNA "V. PASINI"  
SEDE E SEGRETERIA Via S. Giustina 28  
36057 ARCUGNANO (VI)  
Tel 0444 550041  
c.f. 95037230240 p.i. 03766370245  
www.scuolamaternapasini.com

## AUTOCERTIFICAZIONE PER LA SCUOLA DELL'INFANZIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Utenza telefonica \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_  
consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità  
in atti e dichiarazioni mendaci, DICHIARA, per quanto di propria conoscenza:

- di essere  non essere stato affetto da COVID-19
- di essere  non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie
- di essere  non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni
- di avere  non avere avuto sintomi riferibili a COVID-19

consapevole che in caso di risposta affermativa non potrà accedere alla scuola se non in possesso di un certificato di guarigione.

Mi impegno ad informare il medico di base, e a non frequentare la scuola dell'infanzia, in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
- esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
- qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso la scuola ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Inoltre, garantisco e dichiaro sotto la mia propria responsabilità, così tenendo indenne il Titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo: a. di essere l'esercente della potestà genitoriale del minore ed essere legittimato/a a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma o modo, all'esercizio dei diritti di cui sopra; b. che i dati identificativi su riportati del dichiarante e del minore corrispondono effettivamente alla loro vera identità. Presa visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio/a minore.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma esercente potestà genitoriale