

## Rischio Biologico da Covid-19

# Dichiarazione sostitutiva di certificazione in merito alla corretta applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Come da protocollo di sicurezza anti-contagio e in base a quanto previsto dal Patto di Corresponsabilità reciproca firmato il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il ..... e residente nel Comune di .....  
..... in via ..... n. ....  
Codice Fiscale ..... in qualità di .....  
del bambino/a ..... ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000 sotto la mia personale responsabilità e a piena conoscenza della responsabilità penale previste per le dichiarazioni false dall'articolo 76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia

### DICHIARA

che in seguito (barrare con una x la voce interessata):

- all'allottamento del bambino/a dalla scuola per temperatura non conforme all'ingresso**
- all'allottamento del bambino dalla scuola per sintomi sospetti** (es. febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.)
- all'allottamento del bambino dalla scuola per sintomi non riconducibili all'infezione da COVID-19**
- ad un sintomo sospetto verificatosi in ambito familiare**

ha provveduto a contattare in data ..... il Dott. .... in qualità di Pediatra di riferimento.

Da tale incontro/contatto non sono emerse sintomi/patologie che possano precludere la regolare partecipazione alla vita scolastica da parte del bambino/a.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essersi attenuto a quanto prescritto dal medico di riferimento.

..... li .....

Firma

.....