

All. 3 Bis

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto COGNOME _____

NOME _____

CF _____

residente in _____ (_____)

Via _____

Tel _____

Cell _____

e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

Recapito telefonico _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*):
 - SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
 - DISSENTERIA
 - CONGIUNTIVITE
 - FORTE MAL DI TESTA
 - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
 - AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
 - DOLORI MUSCOLARI
 - DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
 - FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$
- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

(*) In caso di esordio sintomi a scuola **SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA** al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l'effettuazione del tampone naso faringeo



Ministero dell' Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VIA PALESTRO
 Via Palestro, 41 – 20081 Abbiategrasso (MI) Tel: 02/94967595
 e-mail uffici: MIIC8E900V@istruzione.it pec: MIIC8E900V@pec.istruzione.it
 Cod. Fis. 90031610158 – Cod. Univoco Ufficio: UFH98H
Sito web: www.icviapalestroabbiategrasso.edu.it

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____,

frequentante la classe _____ sezione _____ di scuola INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza il/la figlio/a NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dichiara di aver contattato il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

Abbiategrasso _____

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

All. 2

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 DPR N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ Data di Nascita _____
residente in _____ (_____) Via _____
Cell _____ e-mail _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole che i conviventi/contatti stretti non scolastici sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

PROTOCOLLO GENERALE SICUREZZA PREVENZIONE DA CONTAGIO COVID19 DI ISTITUTO

PROCEDURA DI ISOLAMENTO E SANIFICAZIONE IN CASO DI RILEVATA SINTOMATOLOGIA

La presente procedura si applica sia agli alunni sia al personale o ad esterni ed è costituita dai sottoallegati 3.1, 3.2, 3.3.

Allegato 3.1

Dichiarazione attivazione procedura rilevazione sintomo/i

Il giorno _____ alle ore _____ presso il plesso di via _____, nel luogo _____ la/il sottoscritta/o _____ ha rilevato che la persona:

alunno (nome cognome) _____ oppure

personale (nome cognome) _____ oppure

esterno (nome cognome) _____ oppure

nell'ambito scolastico ha:

una temperatura superiore a 37,5°C e/o i sintomi più comuni di COVID-19 e/o

nei bambini (anche un solo indicatore):

febbre

tosse

cefalea

sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)

faringodinia

dispnea

mialgie

rinorrea/congestione nasale

nella popolazione generale (anche un solo indicatore):

febbre

brividi

tosse

difficoltà respiratorie

perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia)

perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia)

rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea (ECDC, 31 luglio 2020)

La/Il sottoscritta/o dichiara di aver avvisato il Referente di plesso anticovid (vedi organigramma anticovid affisso accanto alle procedure di emergenza e sul sito), o suo sostituto (nome cognome)

_____.

Data _____

Firma

Dichiarazione avvenuto isolamento sospetto Covid

Il giorno _____ alle ore _____ presso il plesso di via _____, nel luogo _____ la/il sottoscritta/o Referente di plesso anticovid oppure il suo sostituto collaboratore scolastico appositamente nominato (nome cognome) _____, contattato da _____ a seguito di rilevazione sintomo da sospetto Covid, ha proceduto come segue:

1. indossato i DPI previsti quali visiera, mascherina, guanti e grembiule
2. portato l'individuo sospetto nell'apposita stanza dedicata in ogni plesso
3. ha fatto in modo che venissero avvertiti i familiari per il prelievo da scuola e il rientro al proprio domicilio;
4. non ha lasciato solo il minore nell'attesa dell'arrivo del familiare.

Il familiare (nome cognome) _____, legittimamente autorizzato, ha prelevato il soggetto alle ore _____.

Data _____

Firma

**Dichiarazione avvenuta sanificazione
dei luoghi frequentati a seguito di sospetto Covid**

Il giorno _____ alle ore _____ presso il plesso di via
_____, la/il/le/i sottoscritta/o/e/i collaboratore/i scolastico/i
appositamente nominato (nome cognome)

_____, a
seguito di rilevazione sintomo da sospetto Covid, previo utilizzo degli specifici DPI (visiera,
mascherina, guanti e grembiule) ha proceduto alla sanificazione del seguente locale:

_____.

Data _____

Firma

PROTOCOLLO GENERALE SICUREZZA PREVENZIONE DA CONTAGIO COVID19 DI ISTITUTO

PROCEDURA DI ISOLAMENTO E SANIFICAZIONE IN CASO DI RILEVATA SINTOMATOLOGIA

La presente procedura si applica sia agli alunni sia al personale o ad esterni ed è costituita dai sottoallegati 3.1, 3.2, 3.3.

Allegato 3.1

Dichiarazione attivazione procedura rilevazione sintomo/i

Il giorno _____ alle ore _____ presso il plesso di via _____, nel luogo _____ la/il sottoscritta/o _____ ha rilevato che la persona:

alunno (nome cognome) _____ oppure

personale (nome cognome) _____ oppure

esterno (nome cognome) _____ oppure

nell'ambito scolastico ha:

una temperatura superiore a 37,5°C e/o i sintomi più comuni di COVID-19 e/o

nei bambini (anche un solo indicatore):

febbre

tosse

cefalea

sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)

faringodinia

dispnea

mialgie

rinorrea/congestione nasale

nella popolazione generale (anche un solo indicatore):

febbre

brividi

tosse

difficoltà respiratorie

perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia)

perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia)

rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea (ECDC, 31 luglio 2020)

La/Il sottoscritta/o dichiara di aver avvisato il Referente di plesso anticovid (vedi organigramma anticovid affisso accanto alle procedure di emergenza e sul sito), o suo sostituto (nome cognome)

_____.

Data _____

Firma
