

AUTODICHIARAZIONE STUDENTE COVID-19

(solo per studenti maggiorenni)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/_____
a _____, residente a _____ (Prov. ___), via

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia e, in particolare, delle prescrizioni contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2020;
2. di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al COVID-19 o, in caso di positività, di aver successivamente effettuato due tamponi diagnostici negativi;
3. sulla base delle informazioni in proprio possesso, di non essere stato a contatto con un caso di COVID-19;
4. in ottemperanza a DPCM 7 agosto 2020 - Ordinanza del ministro della Salute 12/08/20 di non aver transitato o soggiornato negli ultimi 30 gg negli Stati di Malta, Croazia, Spagna, Grecia, Bulgaria e Romania e/o di aver effettuato l'isolamento fiduciario e la sorveglianza sanitaria prevista in caso di soggiorno o transito negli Stati di Malta, Croazia, Spagna, Grecia, Bulgaria e Romania;
5. in ottemperanza a DPCM 7 agosto 2020 - Ordinanza del ministro della Salute 12/08/20 di non aver transitato o soggiornato negli ultimi 30 gg in Paesi Extra UO (con esclusione dei paesi Schengen, Regno Unito e Irlanda del Nord, Andorra, Principato di Monaco) e/o di aver effettuato l'isolamento fiduciario e la sorveglianza sanitaria prevista in caso di soggiorno o transito in Paesi Extra UO (con esclusione dei paesi Schengen, Regno Unito e Irlanda del Nord, Andorra, Principato di Monaco);
6. di non presentare sintomi influenzali (febbre superiore a 37,5°, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili a COVID-19);
7. di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate) durante l'attività scolastica, la Scuola dovrà provvedere all'isolamento immediato; sarà invitato ad allontanarsi dalla struttura, a rientrare al proprio domicilio e a contattare il proprio MMG (Medico di Medicina Generale - Medico di famiglia) per la valutazione clinica necessaria.



8. di aver preso visione di tutte le disposizioni organizzative e igienico-sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19 adottate dalla Scuola come da *Protocollo di misure operative di sicurezza anti-contagio e di contrasto all'epidemia di COVID-19*, pubblicato sul sito [www. https://www.enaip.veneto.it](https://www.enaip.veneto.it);
9. di aver preso visione e di assumere come proprie responsabilità le indicazioni previste nell'**Allegato 4 – Regolamento allievi** del *Protocollo di misure operative di sicurezza anti-contagio e di contrasto all'epidemia di COVID-19*, pubblicato sul sito <https://www.enaip.veneto.it> a cui si rimanda.

Data _____

Firma _____

Trattamento dati

Ai sensi degli artt. 12,13,14 del regolamento UE 2016/679, la informiamo che i dati personali e sensibili da lei forniti nel corso del suo rapporto con ENAIP Veneto saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti e nelle forme e nei limiti previsti dalla legge. Le operazioni di trattamento avvengono rispettando scrupolosamente i principi di riservatezza e di sicurezza richiesti dalla legge indicata ed ispirandosi ai principi di correttezza e liceità di trattamento che ENAIP Veneto ha fatto propri secondo le modalità indicate nel documento "Informativa privacy" visionabile sul sito www.enaip.veneto.it o presso le sedi di ENAIP Veneto.

In relazione all'informativa di cui sopra, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali/sensibili forniti a ENAIP Veneto per le finalità indicate nell'informativa (punto 1).

Data _____

Firma/e per autorizzazione _____