



Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto scolastico

**AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.**

La/il sottoscritta/o:

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<b>Codice fiscale</b>

<b>Comune di nascita</b>	<b>Prov.</b>	<b>Data di nascita</b>

<b>Comune di residenza</b>	<b>Prov.</b>	<b>Indirizzo residenza</b>

<b>Telefono</b>	<b>e-mail</b>

in possesso del seguente documento di riconoscimento: *(allegare copia del documento)*

carta di identità /  patente di guida /  passaporto /  altro documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

<b>Numero</b>	<b>Rilasciato da</b>	<b>Data rilascio</b>	<b>Data scadenza</b>

*Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico in indirizzo;

di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico in indirizzo;

di essere il **GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO del minore:**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Codice fiscale:</b>

<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>

*(in caso di genitore/tutore/affidatario)*

che il proprio congiunto ha osservato i 14 giorni di quarantena dall'ultimo contatto con il caso Covid-19;

che il proprio congiunto non presenta stati sintomatologici in atto, correlati al Covid-19.

*(in caso di operatore scolastico/alunno maggiorenne)*

di aver osservato i 14 giorni di quarantena dall'ultimo contatto con il caso Covid-19;

di non presentare stati sintomatologici in atto, correlati al Covid-19.

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**  
*(firma estesa e leggibile)*

*Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.*