

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA AGENTI BIOLOGICI – COVID 19

AUTODICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a il/...../.....a (prov),

residente in.....(prov.), in via....., civico.....,

utenza telefonica

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio figlio.....(nome cognome)

classe

scuola

- sottoposto alla misura della quarantena della durata di 14 giorni non ha manifestato alcun sintomo riconducibile al contagio COVID-19;
- di rispettare i protocolli proposti ed indicati dall'Istituto Comprensivo "C. Carminati";
- di aver misurato la temperatura corporea dell'alunno presso il proprio domicilio (inferiore a 37.5°C) e aver accertato l'assenza di sintomi respiratori riconducibili a COVID-19.

Data, ora e luogo Firma del dichiarante

=====

I dati saranno trattati in conformità al regolamento GDPR in materia di trattamento dei dati personali.