**Autocertificazione in caso di rientro da quarantena**

**per I MINORI contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°

Recapiti: mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **In qualità di genitore/tutore/affidatario del minore:**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,***

***iscritto nella classe \_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_ del plesso …………………………………………………………………………………***

**DICHIARO**

* **Che durante il periodo di quarantena disposto dalla ASL Roma 5 il minore NON ha mostrato la comparsa di alcuno dei sintomi riferibili a COVID-19, ovvero:**

Febbre – brividi - tosse - cefalea – difficoltà respiratorie – sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea) faringodinia – dispnea – mialgie – rinorrea/congestione nasale perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell’olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia)

* Che il minore **HA EFFETTUATO** un test antigenico o molecolare il decimo giorno (oppure in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e che il risultato è stato NEGATIVO e ne allego il REFERTO
* Che il minore **NON HA EFFETTUATO** il test antigenico o molecolare e rientra a scuola dopo 14 giorni di quarantena in assenza di sintomi.

 ***Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);***

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In particolare, il ***trattamento dei dati particolari*** viene effettuato nel rispetto dell’articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

I dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

 **Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(firma leggibile)*

*La dichiarazione, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, deve essere inviata all’indirizzo* *rmic8ad00t@istruzione.it*o in alternativa va consegnata al docente di classe al momento dell’ingresso a scuola.