

# 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 "G.Bertacchi";
- 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.