

DICHIARAZIONE COVID- 19

Il/ la sottoscritto/a..... nato/a a.....
il.....e residente a.....(.....)
in via.....nr....., genitore dell' alunno/a.....
frequentante la sezione..... della scuola "Cooperativa sociale
Fantasia- L' isola che non c'è"

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente che il/ la proprio/a
figlio/a:

1. non è affetto/a attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore ai 37.5 °;
2. non è stato sottoposto/a a quarantena obbligatoria da almeno 14gg o a isolamento fiduciario;
3. non ha avuto contatti stretti (stretta di mano o faccia a faccia a distanza inferiore a 2 m) con persone affette da COVID-19, per quanto a sua conoscenza;
4. (SOLO IN CASO DI ASSENZA PER MALATTIA) ha consultato il pediatra o il medico di base.

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale comparsa di febbre telefonando alla segreteria della scuola.

LUOGO E DATA

.....

FIRMA

.....

Privacy

In relazione alla normativa sulla Privacy, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei Dati- GDPR) e delle disposizioni dal D.Lgs.196/2003(Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

ACCONSENTO

DATA E FIRMA: