



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.*