|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\UTENTE\Desktop\ANNOSCOLA 18.19\logo nuovo.JPG | **Ministero dell’Istruzione**  **UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA**  **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “L.Docimo”**  Viale Italia ,103 - 87040  **ROSE (CS)**  Codice Fiscale 80003940782 - Codice Meccanografico CSIC80900L  Telefono 0984901068 - Fax 0984901068 -  E-Mail: [csic80900L@istruzione.it](mailto:csic80900L@istruzione.it)  Pec csic80900L@pec.istruzione.it  Sito Web: www.istitutocomprensivorose.edu.it |  |

**Allegato C, rif. Circolare prot. n. *ro* 999/2022**

Al Dirigente scolastico dell’Istituto in intestazione

Agli Atti dell’Amministrazione, nella Tutela della Privacy

SEDE

**Oggetto:**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER ATTESTAZIONE TEST ANTIGENICO SARS\_COV-2 AUTO-SOMMINISTRATO DEL/L’□ALUNNO/A\_□PERSONALE SC.co**

***IN CASO DI INDAGINE DIAGNOSTICA***

*(ai sensi art. 46 e 47 D.P.R. n.ro 445/2000)*

[*segnare con una* ***X*** *solo la parte interessata*]

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_/\_\_/\_\_\_\_, identificato, mediante documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato dall’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, scadenza alla data \_\_/\_\_/\_\_\_\_, in qualità di **□** Padre/**□**Tutore

Io sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificata, mediante documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato dall’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, scadenza alla data \_\_/\_\_/\_\_\_\_, in qualità **□** Madre/**□**Tutrice

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** Personale scolastico, **□** Docente, **□** ATA, in Organico, con Contratto a Tempo **□** Indeterminato/**□** Determinato

**□** frequentante / **□** in Sevizio, nel/la classe \_\_\_, sez. \_\_\_\_, Ordine Scuola **□** Infanzia, **□** Primaria, Secondaria di **□** I/**□** II grado dell’Istituto, in intestazione, plesso/comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in virtù della podestà genitoriale/tutoriale , rivestita

**DICHIARO/IAMO**

***consapevole delle Conseguenze, penali e civili, perseguibili dalla Legge, in caso di Attestazioni non veritiere e consapevole dell’importanza del rispetto delle Misure di Prevenzione a limitazione dei contagi da Covid-19 per la Tutela della Salute della Collettività***

ai fini di quanto previsto dal **Decreto Legge n.*ro* 24** del 24 marzo **2022**, che:

1. **□** L’Alunno/a oppure la propria Persona, in qualità di **□** Personale scolastico, indicato/a, quale **□** Contatto di caso o di **□** personale riscontro di Sintomatologia Sars\_Cov-2, nel giorno \_\_\_/\_\_\_/202\_\_, con presenza di Sintomatologia Sars\_Cov-2, si è sottoposto/a ad un Test rapido auto somministrato in data \_\_\_/\_\_\_/202\_\_.
2. Il Test, in oggetto, è risultato:

* **□**POSITIVO
* **□**NEGATIVO

Contestualmente, si attesta di aver Preso Visione dell’Informativa Privacy, disposta dall’Istituzione scolastica, e di Acconsentire, al Trattamento degli stessi Dati personali, secondo i dettami di norma, così come previsto (D*lvo* n.*ro* 196/2003).

***Allegasi Copia di Documento Identità, in corso di validità***

In fede,  *Firma del dichiarante*

*Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_/202\_\_* In fede,  *Firma del dichiarante*

Firma Docente/Ata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutore Alunno/a o Firma della Madre/Tutric dell’Alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*In presenza di una sola Firma, questa si intende resa, in conformità al Principio sul Diritto di Bigenitorialità Modulo trattato secondo le Norme di dematerializzazione , nella piena Tutela dei Dati personali*