



## ISTITUTO COMPRENSIVO " F. SEVERI "

Via V. Alfieri 26, 52100 Arezzo - Tel 057593951

**Cod. Fiscale** 80002600510 – **Cod Ministeriale** ARIC839007 – **Cod.Uff.** UFZMJ3

**E-mail:** [aric839007@istruzione.it](mailto:aric839007@istruzione.it) **E-mail pec:** [aric839007@pec.istruzione.it](mailto:aric839007@pec.istruzione.it)

**Sito web:** [www.icseveriarezzo.edu.it](http://www.icseveriarezzo.edu.it)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSENZA SINTOMI INFLUENZALI (art. 46 D.P.R.28 December 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

#### DICHIARA AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL COVID – 19

che il proprio figlio \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

- non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID19;
- che è stato sottoposto preventivamente alla misurazione della temperatura corporea e di non aver riscontrato temperatura superiore a 37.5°
- che non presenta in generale sintomi assimilabili a quelli che allo stato attuale sono stati indicati dal Ministero della Salute come manifestazioni tipiche del COVID-19 (e.g. tosse, febbre, raffreddore)
- che non ha avuto contatti, nei precedenti 14 giorni, con soggetti a rischio e/o che abbiano presentato sintomi influenzali anche lievi e non abbiano valutato con l'autorità sanitaria competente o con il medico di base le eventuali misure di precauzione da adottare

Dichiaro, facendolo entrare, nei locali scolastici e/o negli uffici, di assumermi ogni responsabilità in merito all'assenza di nessuna delle condizioni ostative all'accesso.

Dichiaro altresì di essere stato informato sulle misure messe in atto dalla scuola e sui comportamenti da adottare per contrastare la diffusione del COVID-19 avendo firmato il patto di corresponsabilità.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità connesse al contenimento della diffusione del Covid-19 per le quali sono state acquisite

যে কোন ইনফ্লুয়েন্জারের প্রাথমিক লক্ষণগুলির কারণে শিক্ষার্থীদের অনুপস্থিত ডিক্লারেশন।

(art. 46 D.P.R.28 Dicembre 2000 n. 445 )

জনাব/জনাবা আমি ----- C.F.-----

জন্মগ্রহণ দেশ----- তারিখ----- residente a-----

---( ) in via ----- N°-----

আমি সম্পূর্ণ জেনে যদি কোন মিথ্যা বক্তব্য দেই তবে ফৌজদারী বিধি বিশেষ আইনে আমাকে শাস্তি দেওয়া হবে,যাহা সরকার ঘষিত আইনে বাস্তবায়িত বলে গন্য ।

dell'art. 46 D.P.R. n.445/2000 |

### ঘোষণা

মূল কারণ COVID-19 নিয়ন্ত্রনের উপর লক্ষ্য রাখার উদ্দেশ্যে ।

আমার নিজের সন্তান-----ক্লাশ-----সেকশন-----  
কেন্দ্র-----

- যদি বাধ্যতামূলক কোয়ারেন্টাইন না দেয়া হয়ে আর COVID19 পজেটিভ না হয়।
- যাদের আগ্রিম শারীরিক তাপমাত্রা মাপের পর 37.5° এর উপরে নাই।
- যদি কেউ স্বাস্থ্যমন্ত্রণালয়ের বিধি অনুযায়ী বেঁধে দেয়া নিয়মে COVID-19 (e.g. tosse, febbre, raffreddore) লক্ষণ অনুযায়ী নিজেদের উপস্থাপন না করে।
- যিনি আগামী ১৪ দিনে সরাসরি করোনা আক্রান্ত রোগীর অথবা স্থানীয় মেডিকেল বোর্ড কর্তৃক ঘষিত ব্যক্তির সংস্পর্শে থেকেও দায়িত্ব অবহেলা করে ।

আমি ঘোষণা করিতেছি শিক্ষার্থীর শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানে না প্রবেশের সকল দায়িত্ব আমি সজ্ঞানে আইন মান্য করে ঘোষণা দিলাম ।

আমি আরো ঘোষণা করিতেছি COVID-19 সম্পর্কে উহার ভয়াবহতা ও এই সত্ৰামনের নিয়ন্ত্রণ ও পর্যবেক্ষণ সম্পর্কে আমাকে অবহিত করা হয়েছে ।

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità connesse al contenimento della diffusione del Covid-19 per le quali sono state acquisite