



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA  
**ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO "J.F. KENNEDY"**

Via Orticelli, 26 - 82033 CUSANO MUTRI (BN) - Distretto Scolastico n. 09 di Telesse Terme (BN)

Cod. Mecc.: bnic81400x - Tel. 0824.862064

e-mail: bnic81400x@istruzione.it --- PEC: [bnic81400x@pec.istruzione.it](mailto:bnic81400x@pec.istruzione.it) - <http://www.ickennedy.edu.it>

**AUTODICHIARAZIONE PERSONALE SCOLASTICO/GENITORI/TUTORI  
AI SENSI DEGLI ARTT. 76 ,46 E 47 D.P.R. N. 445/2000  
PER IL RIENTRO A SCUOLA dal 12 gennaio  
2022**

Il sottoscritto (indicare il nominativo docente/genitore/tutore)

\_\_\_\_\_ , nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

**DOCENTE**

**GENITORE/TUTORE**

**DELLO/A STUDENTE/ESSA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ classe/sezione \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_

**consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di essere a conoscenza delle attuali misure anti contagio o di contrasto all'epidemia di cui al Protocollo COVID-19 predisposto dall' IC "J.F. Kennedy"

**In particolare, dichiara che /il-la proprio-a figlio / il/la docente:**

- non è attualmente sottoposto alla misura della quarantena o di isolamento domiciliare, quindi non è, per quanto di propria conoscenza, attualmente positivo al COVID-19;
- che nell'eventualità di un contatto con un convivente/conoscente positivo, sono state adottate tutte le misure previste dalle Ordinanze regionali e dal Ministero della Salute;
- non presenta sintomatologia da COVID-19 e/o febbre superiore a 37,5 °C in data odierna e nei tre giorni precedenti e, comunque, non è stato a contatto, per quanto di propria conoscenza, con persone con tali sintomi;
- di non essersi recato negli ultimi 14 giorni in uno dei Paesi ritenuti ad alto rischio contagio o comunque di aver seguito per il rientro in Italia le disposizioni stabilite
- **di assumere e formale impegno di comunicare immediatamente e all'Istituto o qualunque variazione possa intervenire rispetto a quanto sopra dichiarato.**

**In assenza di ulteriori dichiarazioni le condizioni sopra elencate debbono intendersi invariate.**

*Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19.*

*Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione come da normativa vigente*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(del docente/genitore/tutore)