



**ISTITUTO COMPRENSIVO “LI PUNTI”**  
SCUOLA DELL’INFANZIA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI I° GRADO  
Via Vittorio Era, snc - 07100 Sassari (SS) - TEL.0792845534  
C. F. 92128460901 - Cod. Mec. SSIC85100T - Codice Univoco UFWICT  
PEO [SSIC85100T@istruzione.it](mailto:SSIC85100T@istruzione.it) – PEC [SSIC85100T@pec.istruzione.it](mailto:SSIC85100T@pec.istruzione.it)  
[www.iclipunti.edu.it](http://www.iclipunti.edu.it)

**MODULO DI REGISTRAZIONE E AUTODICHIARAZIONE  
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di non presentare anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell’olfatto
- di non aver avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19)
- di non aver avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
- di non essere stato sottoposto negli ultimi 14 giorni a regime di quarantena e non ho ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all’art.49 del DPCM 2 marzo 2021
- di non essere attualmente positivo/a al Covid 19 e di non essere stato/a in contatto con persone positive al COVID 19, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 gg..

Il/La sottoscritta 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.

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma (ora ingresso \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_