



ISTITUTO SUPERIORE
"G. VERGA"

Pavia- Corso Carlo Alberto n. 38
Tel. (0382) 27435-303692 - fax 536511
info@istitutosuperioreverga.it
P. IVA 00628060188

ALL.1

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___

residente in _____

e genitore di _____

Attesta (per se / per il figlio minore)

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, raffreddore o sintomi influenzali, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

Data _____

In fede, _____

[firma]

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.