

Per l'alunn\_\_ \_\_\_\_\_

della sezione/classe \_\_\_\_\_

Allegato n. 8 al Protocollo

anti Covid-19

**Spettabile**

**ISTITUTO BEATA VERGINE**

**Sede di Trieste**

**Via di Scorcola, 7**

**Oggetto: Dichiarazione sullo stato di salute**

Io sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il ..... residente in .....

telefono n° ..... E-mail .....

**DICHIARO:**

- che né lo/la scrivente né un membro del nucleo familiare, figlio/a ..... compreso/a, è affetto da COVID-19;
- che, se lo/la scrivente o un membro del nucleo familiare ne è stato affetto, non è più sottoposto a quarantena;
- che quanto sopra riportato corrisponde al vero e sollevo l'Istituto da ogni responsabilità derivante da problematiche di salute conosciute, ma **NON DICHIARATE** nel presente modulo.

I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla *privacy* vigente.

Data .....

Firma .....

***La presente dichiarazione va prodotta in originale alla scuola ogni 15 giorni (il giorno 1 e il giorno 16 di ogni mese)***