



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
VIA POSEIDONE



C.M. RMIC8FB007
icviaposeidone.edu.it

ROMA C.F. 97713330583
Distretto 16 rmic8fb007@istruzione.it

0620686623 – 062014794 VIA POSEIDONE, 66 - TORRE ANGELA - 00133 ROMA (RM) rmic8fb007@pec.istruzione.it

Protocollato all' AOO.UFFPROT_PXPT8L
con apposizione di segnature digitale
Circ. nr. 239

Alle famiglie/esercenti responsabilità genitoriale degli
alunni/studenti
Ai docenti dell'I.C. via Poseidone
Al personale Ata
Al DSGA
Al Sito web

OGGETTO: Trasmissione Modulo di Autodichiarazione somministrazione a casa TEST rapido covid-19

Si informano i genitori /esercenti responsabilità genitoriale degli alunni dell'IC Via Poseidone che, come già espresso nella circolare n. 236 pubblicata sul sito web dell'IC Via Poseidone, relativamente all'aggiornamento delle indicazioni operative per la gestione dei casi di SARS-CoV-2 e dei loro contatti in ambito scolastico e nei servizi educativi, in base alla nota della regione Lazio prot.14861 del 5 febbraio 2022 e al D.L.nr. 5 del 04/02/2022, in caso di autosomministrazione a casa ai propri figli di test per il Covid 19 sono tenuti a dichiarare sotto la propria responsabilità l'esito dello stesso. Pertanto, si allega alla presente apposito modulo da consegnare ai docenti coordinatori di classe debitamente compilato e corredato da fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Si ringrazia per la consueta collaborazione.

Roma, 7 febbraio 2022



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof.ssa Annalisa Laudando

Firma autografa sostituita a mezzo stampa e con firma digitale apposta ai sensi dell'art. n.3 comma 2 del D.Lgs. 39/1993 e degli articoli n. 35 e successivi del CAD istituito con D.Lgs. n. 82/2005 e ss. mm. ii. di cui al D.Lgs. n. 179 / 2016 e al D.Lgs. n. 217 / 2017

COVID-19 – TEST ANTIGENICO AUTO – SOMMINISTRATO

AUTODICHIARAZIONE (DPR 445/2000, art. 46 e 47)

Io sottoscritt* (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
in via _____ n. _____
domiciliato a (compilare solo se diverso da residenza) _____ prov. _____ in
via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____
_____ genitore/tutore/affidatario dell'alunn* (nome) _____
(cognome) _____
_____, frequentante _____ per l'a.s. 202_____/202_____ la classe ____
sezione _____ plesso _____ dell'I.C. "VIA POSEIDONE", ai

fini di quanto previsto dal DECRETO-LEGGE 4 febbraio 2022, n. 5

DICHIARO

che l'alunn* su indicat* a seguito di contatto di caso in data _____ ha presentato
sintomi in data _____
e si è sottopost* in data _____ ad un test rapido
auto –somministrato.

Il test è risultato:

[] POSITIVO [] NEGATIVO

SONO CONSAPEVOLE CHE le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal
codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Dichiaro inoltre di aver preso visione dell'informativa privacy presente sul sito istituzionale al link
<https://www.icviaposeidone.edu.it/privacy> e di acconsentire al trattamento dei dati personali.

Luogo e data,

Firma del dichiarante _____

**ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI
VALIDITA'.**