



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE “ARTURO BENEDETTI MICHELANGELI”

Via Dante Alighieri , 10 – 20084 LACCHIARELLA (MI) Cod. Meccanografico MIIC88200X –

Cod. Fiscale 80124710155 02/9008096 - 02/90030428

疑似病例声明

DICHIARAZIONE CASO SOSPETTO

特此声明在.....日，学生..... 所在班级是.....

Si dichiara che in datal'alunno..... frequentante la classe

在 Istituto Comprensivo Statale “Arturo Benedetti Michelangeli”学校下属的分校:

della scuola Istituto Comprensivo Statale “Arturo Benedetti Michelangeli” del plesso di.....

该学生体温高于 37, 5 °C 并/或有感染新冠病毒的症状。该学生被安排在隔离室，并立即与家人联系。然后将未成年学生托付给:

presenta febbre superiore a 37, 5 °C e/o sintomi di infezione da COVID 19. L'alunno viene collocato nell' aula di isolamento e viene immediatamente contattata la famiglia. Si procede quindi ad affidare l'alunno minorenne

....., 是学生的:

al sig..... in qualità di

家长- genitore

委托人- persona delegata

按照 445/2000 号总统令第 46 和 47 条的规定签署这份自我认证书:

che sottoscrive la presente autocertificazione ai sensi degli art.. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

签名人出生地..... 出生日.....

Il/la sottoscritto/a nato/a a _____ il _____,

户籍所在地是....., 地址是:

e residente in _____ in _____

意识到作虚假陈述的所有民事和刑事后果，并意识到遵守防止新冠病毒传播的预防措施对保护社区健康的重要性

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

声明
DICHIARA

- 在.....点钟,日, 把学生接走
di ritirare l'alunno alle ore.....del giorno.....
- 承诺与自己的儿科医生或家庭医生联系, 以便对学生的健康状况进行临床评估
Che si impegna a contattare il proprio PLS/MMG per una valutazione clinica dello stato di salute dell'alunno/a
- 承诺在学生返回学校时提交证明文件/自我证明
Che si impegna presentare al rientro dell'alunno documentazione/autocertificazione giustificativa

Firma genitore/delegato 家长或委托人签名

Firma operatore scolastico 学校工作人员签名

Luogo e data:.....

地点和日期