**DICHIARAZIONE SULL’ONORE**

O AUTOCERTIFICAZIONE DELL’ASSENZA DI SINTOMI DI MALATTIA INFETTIVA VIRALE

**Nome e cognome *(del bambino/alunno/studente/frequentante)***

…..........................................................................................................................................................

**data di nascita:** ..............................................................................................................................

**residenza:**….........................................................................................................................

1. Con la presente sono a dichiarare che nelle ultime due settimane il sopra menzionato bambino/alunno/studente/frequentante non ha mostrato sintomi di malattia infettiva virale *(per es. febbre, tosse, affanno, improvvisa perdita del gusto e dell’olfatto, ecc.)*.

2. Dichiaro altresì di essere a conoscenza della definizione di persona con fattori di rischio e della raccomandazione di considerare detti fattori nell’eventuale decisione di partecipazione alle attività didattiche.

(luogo): .......................................

(data): .......................................

………………………………………………………………………………

Firma dell’alunno/studente/frequentante minorenne

oppure

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

**Persone con fattori di rischio**

**Il Ministero della Sanità ha stabilito i seguenti fattori di rischio:**

1. Età superiore a 65 anni con patologie croniche associate.

2. Patologie croniche polmonari *(compresa asma bronchiale di grado medio-grave o grave)* con terapia farmacologica sistematica a lungo termine.

3. Patologie cardiache e/o delle grandi arterie con terapia farmacologica sistematica a lungo termine, per es. ipertensione.

4. Disturbi del sistema immunitario, per es.

 a) in caso di terapia immunosoppressiva *(steroidi, HIV, ecc.)*,

* 1. b) in caso di terapia antitumorale,
	2. c) dopo trapianto di organi solidi e/o midollo osseo,

5. Obesità grave *(BMI oltre 40 kg/m2)*.

6. Diabete mellito farmacologicamente trattato.

7. Patologie croniche renali che necessitano di supporto/sostituzione temporanea o permanente delle funzioni renali *(dialisi)*.

8. Patologie epatiche *(primarie o secondarie)*.

Nel gruppo a rischio figurano le persone che soddisfano uno o più dei suddetti punti e le persone che convivono nel medesimo nucleo familiare di una persona che soddisfa uno o più dei suddetti punti.