

# 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 minorenni

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.*),
  - b) in caso di terapia antitumorale,
  - c) dopo trapianto di organi solidi e/o midollo osseo,
5. Obesità grave (*BMI oltre 40 kg/m<sup>2</sup>*).
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.