



**LICEO SCIENTIFICO STATALE  
"B. CROCE"**

Via Benfratelli, 4 - 90134 Palermo - C.F. 80017140825  
Tel. 091/6512082 - 091/6512200  
e-mail: paps100008@istruzione.it - paps100008@pec.istruzione.it  
Sito web: [www.liceocroce.edu.it](http://www.liceocroce.edu.it)

**Circ. n. 242  
Del 10/12/2021  
Da: prof.ssa Parisi Emanuela**

Ai Docenti  
Agli Alunni

**Oggetto: Progetto FIDAL**

Facendo seguito all'adesione al progetto FIDAL da parte del Liceo si comunica che i sotto elencati alunni accompagnati dai propri docenti di scienze motorie si recheranno in data 15 dicembre alle ore 8,30 presso il CUS di via Altfonte per sperimentare l'atletica leggera attraverso i personaggi dell'atletica leggera regionale che hanno dato lustro al nostro paese.

Gli alunni muniti di certificato medico per attività non agonistica e di autorizzazione dei genitori saranno licenziati in loco a fine delle attività.

Elenco alunni e docenti accompagnatori plessi Corazza, Centrale, Via Imera:

**Prof.ssa Calisti:**

Milazzo Roberta 1E  
Cannova Riccardo 1E  
Buscemi Vincenzo 1F  
Scannaliato Nicolò 1F

**Prof.ssa Gianvecchio:**

Castello Aurora 2Ca  
Merra Pietro 2Ca  
La Barbera Francesco 2Ca  
Tripo Dario 2Ca

**Prof.ssa Librizzi:**

Bellanca Eleonora 2I  
Lo Pinto Sara 2I  
Truddaiu Davide 2I  
Cannella Mario 2Ba  
Sutera Daniele 2Ba

**Prof Ferdico:**

Sala Giuseppe 1D

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alle persone o alla Società sopra indicati. La diffusione distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, sia ai sensi dell'art.616 c.p. che ai sensi del D.lgs n.196/2003 e regolamento UE 679/2016



**LICEO SCIENTIFICO STATALE  
"B. CROCE"**

Via Benfratelli, 4 - 90134 Palermo - C.F. 80017140825  
Tel. 091/6512082 - 091/6512200  
e-mail: paps100008@istruzione.it - paps100008@pec.istruzione.it  
Sito web: [www.liceocroce.edu.it](http://www.liceocroce.edu.it)

**Prof. Calabretta:**

Rimpici Gabriele 2G  
Cipriano Beatrice 2G  
Interrante Cecilia 2G  
Marcione Sara 2G

**Prof. Malfattore:**

Acquaviva Leonello 2H  
Bovì Marco 2H  
Martorana Diego 1H  
Barcia Ciro 1H

**Prof Parisi E.:**

La Barbera Francesco 2N  
Cataldo Marco 2N

**Prof. La Mantia:**

Bottari Giuseppe 2Da  
Leone Alberto 2Da

Si allega autodichiarazione COVID

**La Dirigente Scolastica**

**Simonetta Calafiore**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39/93

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alle persone o alla Società sopra indicati. La diffusione distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, sia ai sensi dell'art. 616 c.p. che ai sensi del D.lgs n. 196/2003 e regolamento UE 679/2016

Sede Centrale – Via Benfratelli, 4 – tel. 0916512200 – Succursale Via Corazza 41, tel. 0916173725 - Succursale Via Imera 146 – tel. 091590273 – e-mail: [paps100008@istruzione.it](mailto:paps100008@istruzione.it) – [pec: paps100008@pec.istruzione.it](mailto:pec:paps100008@pec.istruzione.it) – Codice meccanografico PAPS100008 – C.F. 80017140825

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di non avere avuto un contatto stretto con paziente COVID negli ultimi 10 giorni;
- Di non avere avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro...) negli ultimi 10 giorni;
- Di non essere attualmente positivo al Covid-19 e di non essere stato sottoposto negli ultimi 10 giorni alla misura di isolamento fiduciario o di quarantena;

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.)
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19.

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

[in caso di minore, compilare la parte seguente a cura dell'esercente la potestà genitoriale]

Cognome e Nome \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Note

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.