MODULO DI DICHIARAZIONE

PERSONALE - EMERGENZA SANITARIA COVID-19

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di Docente  ATA  Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARO

1. di aver preso visione, letto e compreso l’informativa per il trattamento dei dati personali di seguito allegata;
2. di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio daCovid-19;
3. di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o di altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l’Autorità Sanitaria competente.

E PERTANTO RIFERISCO

* + di non essere rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio;
  + per quanto a propria conoscenza, di non essere stato in stretto contatto con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
  + di non avere sintomi influenzali (quali tosse o difficoltà respiratorie) e di aver provveduto a rilevare, all’ingresso alla sede scolastica, la propria temperatura corporea, con esito inferiore a 37,5°C
  + di impegnarmi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle dichiarazioni dei punti precedenti al Dirigente Scolastico e/o al DSGA per tutto il periodo di servizio nell’Istituzione Scolastica;
  + di non accedere alle sedi scolastiche qualora in futuro le condizioni dichiarate mutino e il sottoscritto si trovasse in una delle condizioni di cui sopra;
  + di seguire in quel caso le indicazioni dell’autorità sanitaria.

Luogo e Data Firma