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

PERSONALE SCOLASTICO

La presente autodichiarazione si intende resa "una tantum" e prevede che il lavoratore sia a conoscenza dell’art. 20 del D.Lgs. 81/2008 “OBBLIGHI DEI LAVORATORI”

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’a.s. 2020/2021,

DICHIARA

* provvederà autonomamente, prima dell’accesso nell'Istituto, alla rilevazione della temperatura corporea, risultata non superiore a 37,5°C
* di non essere positivo al Covid-19, per quanto di sua conoscenza
* di non avere, all'ingresso, i seguenti sintomi più comuni nella popolazione generale di COVID-19 secondo le indicazioni fornite dall’ISS nel Rapporto COVID-19 n. 58/2020: “*febbre, brividi, tosse, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea (ECDC, 31 luglio 2020)”*
* di non avere avuto nei precedenti 3 giorni febbre superiore a 37,5 °C o altri sintomi di cui al punto precedente
* di non avere avuto contatti stretti ad alto rischio di esposizione, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19, per quanto di sua conoscenza
* di non provenire, negli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell’OMS
* di non essere sottoposto alla misura della quarantena o dell’isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa in vigore
* prenderà visione costantemente dei protocolli, regolamenti e disposizioni dell'Istituto tempestivamente pubblicati nell'apposita sezione del sito web istituzionale.

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 presenti all’interno di questo Istituto.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_