

Al Dirigente Scolastico
Istituto d'Istruzione Superiore
Via delle Sette Chiese 259
SEDE

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ Data di Nascita _____
residente in _____ (_____) Via _____
Cell _____ e-mail _____

Consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Nei giorni _____, in servizio nella classe _____, di aver osservato il distanziamento interpersonale prescritto e di aver indossato la mascherina chirurgica, continuativamente, per tutta la permanenza nella suddetta classe.
- ✓ Di essere consapevole che dovrò pertanto comunque dare corso all'immediata attivazione della c.d. "sorveglianza passiva" della durata di 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso riscontrato positivo, mediante pronto contatto con il mio medico curante.
- ✓ Di essere consapevole che è mio obbligo dare pronta comunicazione all'Istituto, mediante le vie istituzionali in caso di insorgenza di sintomi o altre evenienze segnalate dal mio stesso medico curante.

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.