

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, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi 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

- ✓ Di essere consapevole, in caso di sospetta infezione da Covid-19, dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone;
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone;

DICHIARA ALTRESI'

- Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione di effettuare tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test;
- Di effettuare il **tampone molecolare** come da nota regionale Protocollo n. G1.2021.0013306 del 02/03/2021, in quanto insegnante o educatore che lavora in una classe messa in quarantena e che non deve rispettare la misura dell'isolamento fiduciario in attesa dell'esito del tampone

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA / SERVIZIO EDUCATIVO

INDIRIZZO DELLA SEDE

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.