Istituto Comprensivo "A. GANDIGLIO" Piazzetta Grimaldi, 3 - 61032 Fano (PU)
Sito Internet: www.gandiglio.gov.it **Tel/Fax:** 0721.803961 **Mail:** posta@gandiglio.it
Posta: psic83800t@istruzione.it **Pec:** psic83800t@pec.istruzione.it
CF - P.IVA: 90024870413 **Codice Univoco Ufficio:** UFGWIH

UNIONE EUROPEA
FONDI STRUTTURALI EUROPEI
PON 2014-2020
PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO - FSE
MIUR

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19 (PERSONALE SCOLASTICO-GENITORI-TERZI)

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 _____ Ruolo (docente, ATA, studente, genitore, altro) _____
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

1) di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 17/05/2020, art. 1, comma 1, lettera a, e di agire nel loro rispetto (*)
2) di non essere attualmente positivo al Covid-19 e di non essere stato in contatto negli ultimi 14 giorni con persone risultate positive al Covid-19
o di non essere stato sottoposto negli ultimi 14 giorni alla misura della quarantena o di isolamento domiciliare e di non essere stato in contatto negli ultimi 14 giorni con persone sottoposte ad analoghe misure
3) di non avere né avere avuto nei precedenti 3 giorni febbre superiore a 37,5 °C o altri sintomi da infezione respiratoria e di non essere stato in contatto negli ultimi 3 giorni con persone con tali sintomi;
4) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

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 questa struttura; 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.

Ai fini della **tracciabilità immediata** del sottoscritto, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico /e-mail CITTA'_____, PROVINCIA_____ INDIRIZZO_____ N. CIVICO_____ CAP_____ RECAPITO TELEFONICO_____ e-mail_____

Luogo e data: _____, _____

In Fede Firma leggibile del dichiarante _____

(*) DPCM 17/05/2020, art. 1 1. Allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale si applicano le seguenti misure: […] a) i soggetti con infezione respiratoria caratterizzata da febbre (maggiore di 37,5° C) devono rimanere presso il proprio domicilio, contattando il proprio medico curante