

**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 specificare..) \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p)

**DICHIARA SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'**

di essermi impegnato e di impegnarmi ad adottare tutte le misure di prevenzione, in conformità alle norme contenute nei Decreti emanati fino alla data odierna e, in generale, alle indicazioni delle Autorità Sanitarie e/o Governative Nazionali atte a prevenire la diffusione dell'infezione da coronavirus SARS-CoV-2.

**IN PARTICOLARE DICHIARA:**

- 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;
- 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
- di non avere avuto nei precedenti 3 giorni alcun sintomo influenzale (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 e di non presentare detti sintomi in data odierna
- di non aver ricevuto comunicazioni da parte delle Autorità Competenti in merito ad un mio contatto stretto con una persona contagiata da nuovo Coronavirus COVID-19;
- di non aver soggiornato in zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS negli ultimi 14 giorni.
- di essere a conoscenza che l'accesso alle sedi dell'Istituto di soggetti già risultati positivi all'infezione da COVID 19 è possibile solo previa consegna della certificazione medica rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara altresì di impegnarsi a comunicare tempestivamente e responsabilmente all'I.C. di Leonessa eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato e di avvisare l'Autorità sanitaria competente**

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

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.

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_