Screening Personale Scolastico

AUTOCERTIFICAZIONE

(codice scheda ECWMED)

Il/la sottoscritto/a

_____

(cognome) **(nome)**

nato a _____ (_____) il _____

(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____)

(luogo) (prov.)

in Via_____ n. _____ Tel. _____

(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Di avere i requisiti per accedere al programma di screening sierologico previsto per tutto il personale delle scuole pubbliche e private in quanto operatore con qualifica di:

- ☐ INSEGNANTE
- ☐ PERSONALE ATA
- ☐ ALTRO (……..…)

Dichiara altresì:

- NON ESSERE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O CONTUMACIALE
- DI NON AVER AVUTO CONTATTI CON CASI COVID POSITIVI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI
- DI NON PRESENTARE SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19 (febbre, tosse, raffreddore, bruciore agli occhi, mal di gola, difficoltà respiratoria, sintomi gastrointestinali, disturbi del gusto e/o dell'olfatto)

Dichiaro inoltre di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs n° 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

……

(data)

Il Dichiarante

……..

(firma)