DIREZIONE DIDATTICA STATALE GRAGNANO 2
"Oreste Lizzadri"
Via Vittorio Veneto, 18 – 80054 Gragnano (NA)
Tel. 0818012921 - C.M. NAEE142002 - C.F. 82008620633
sito web: www.ddgragnano2.edu.it
e-mail: naee142002@istruzione.it pec: naee142002@pec.istruzione.it

RIENTRO A SCUOLA IN SICUREZZA DOPO SOSPENSIONE ATTIVITÀ DIDATTICHE
AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000
PER FINALITÀ DI PREVENZIONE DAL CONTAGIO DA COVID-19

Il/la Sottoscritto/a Cognome_____Nome _____

nato/a ___/____/_____a_____(__)

residente in_____ _____(__) Via ___ _____

□ personale docente primaria □ personale docente infanzia

□ personale non docente

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 46, D.P.R. n. 445/2000), altresì consapevole **dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività**,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità,

che durante l'ultimo periodo di sospensione delle attività didattiche in presenza, dall'8 febbraio 2021 alla data odierna:

- negli ultimi 14 giorni, ai sensi della normativa in vigore, non è stato/a sottoposto/a alla misura della quarantena o dell'isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria né in quarantena o in isolamento domiciliare;
- non è stato/a, negli ultimi 14 giorni, a contatto con persone risultate positive al Covid-19, per quanto di propria conoscenza;
- non è attualmente sottoposto/a alla misura della quarantena o dell'isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa in vigore;
- non ha familiari o conviventi risultati positivi al COVID-19;
- non presenta, alla data di rientro in presenza, sintomi quali: febbre, brividi, tosse, difficoltà respiratorie, perdita o diminuzione dell'olfatto e del gusto, raffreddore o naso che cola, mal di gola, diarrea, debolezza, affaticamento e dolore muscolare in data odierna e nei 3 giorni precedenti;
- non è in attesa di risultati di test per la ricerca CORONAVIRUS SARS-COV-2.

Luogo e data _____ Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679
I dati personali forniti nel presente modulo saranno raccolti presso l'Istituto scolastico, Titolare del trattamento, e saranno trattati ai sensi del Reg. UE2016/679 e del D. Lgs 101/2018, nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID 19".