MODULO RILEVAZIONE/AUTOCERTIFICAZIONE TEMPERATURA

**EMERGENZA SANITARIA COVID-19**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………

in qualità di  Docente  ATA  Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARO

1. di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19;
2. di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o di altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l’Autorità Sanitaria competente.
3. di essere consapevole che all’interno della sede scolastica e delle aree di pertinenza, per la prevenzione del contagio da COVID-19, è obbligatorio mantenere la distanza di sicurezza pari a 1 mt, indossare DPI previsti, osservare le regole di igiene delle mani, previo seguendo le misure pubblicate sul sito della scuola mirate a prevenire le comuni infezioni vie respiratorie secondo le precauzioni previste dall’OMS e dall’Autorità Sanitaria Nazionale, aggiornate periodicamente in relazione all’evoluzione del fenomeno.

RIFERISCO

* + di non essere rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio;
  + per quanto a propria conoscenza, di non essere stato in stretto contatto con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
  + di non avere sintomi influenzali (quali tosse o difficoltà respiratorie) e di aver provveduto a rilevare **autonomamente** la propria temperatura corporea, previo accesso alla sede scolastica, con esito inferiore a 37,5°C
  + di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle dichiarazioni dei punti precedenti al Dirigente Scolastico e/o al DSGA **per tutto il periodo di servizio nell’Istituzione Scolastica**;
  + di non accedere alle sedi scolastiche qualora, in futuro, le condizioni dichiarate mutino e il sottoscritto si trovasse in una delle condizioni di cui sopra;
  + di seguire in quel caso le indicazioni dell’autorità sanitaria.

Luogo e Data Firma\_