



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRESIVO DI CASTELLAMONTE
VIA TRABUCCO 15 - 10081 CASTELLAMONTE (TO)
Codice Fiscale 92522690012 - Telefono 0124 515498

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

- Personale esterno/visitatori -

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL COVID – 19

- Di essere a conoscenza circa l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in caso abbia presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria;
- Di essere a conoscenza che non può fare ingresso o permanere nei Locali della Scuola e deve dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, tosse, malessere,...) oppure provenienza da zone a rischio o avere avuto contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti e nei casi in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
- Di essere a conoscenza che assume l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del Datore di Lavoro Dirigente Scolastico nel fare accesso nell'Istituto Scolastico (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani, indossare mascherina e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene secondo il Protocollo di Sicurezza adottato dalla Scuola)

Data: _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)