

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DOCENTE \PRESIDENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RILASCIATA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR N. 445 DEL 28/12/2000

Nome e Cognome: _____

Luogo e data di nascita _____

Documento di riconoscimento: _____

Nell'accesso presso il Istituto Istruzione Superiore 'AMALDI-SRAFFA' sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARO

- di impegnarmi ad adottare tutte le misure di prevenzione, anche in conformità alle raccomandazioni e alle istruzioni ricevute atte a prevenire la diffusione del virus COVID-19, di conoscere **le disposizioni adottate dalla scuola e comunicate con la pubblicazione del protocollo n.3768 del 5 giugno 2020 e la circolare n. 348 del 20 aprile 2020** 'tutela persone fragili' e, in particolare, di conoscere le norme comportamentali volte a minimizzare il rischio di contagio. Inoltre dichiaro:

- di non aver manifestazioni febbrili/influenzali con febbre misurata superiore a 37,5 °C in data odierna e nei tre giorni precedenti
- di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni
- di non essere stato, in stretto contatto con una persona affetta da virus COVID-19, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni
- di non aver ricevuto comunicazione da parte delle autorità competenti in merito ad un mio un contatto con una persona contagiata da virus COVID-19;

Mi impegno fin da ora a comunicare tempestivamente e a richiedere di sottoscrivere una nuova autocertificazione non appena dovessero cambiare le dichiarazioni fornite ai punti precedenti.

Richiesta di consenso ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679

Lei ha diritto di sapere che il conferimento dei dati può avere natura obbligatoria o facoltativa, nonché comportare conseguenze in caso di un eventuale rifiuto. A tale riguardo, si precisa che il conferimento del Suo consenso, per la finalità di cui sopra, ha natura obbligatoria in quanto previsto per legge, come indicato dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e s.m.i. - "In ordine alle attività produttive e alle attività professionali si raccomanda che assumano protocolli di sicurezza anti-contagio". Il diniego del Suo consenso preventivo non permetterà l'accesso ai locali scolastici.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Luogo: Orbassano data _____ Firma del Dichiarante _____

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS Cov 2

Ai sensi dell'artt. 7 e 9 del Regolamento (UE) 2016/679 in merito a disposizioni di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la scuola riceve il presente consenso e garantisce che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata in materia di protezione e gestione del trattamento dei dati personali.