MODULO 1

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
Personale Scolastico docente e nondocente

Il sottoscritto COGNOME_____ NOME _____

CF_____ Data di Nascita_____

residente in_____(_____) Via _____

Cell_____ e-mail _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole, in caso di sospetto infezione da Covid-19, dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone;
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone;

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione di effettuare tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test;
- ☐ Di effettuare il **tampone molecolare** come da nota regionale Protocollo n. DG1.2021.0013306 del 02/03/2021, in quanto insegnante o educatore che lavora in una classe messa in quarantena e che non deve rispettare la misura dell'isolamento fiduciario in attesa dell'esito del tampone.

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA/SERVIZIO EDUCATIVO

_____

INDIRIZZO DELLA SEDE

_____

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
Istituto Scolastico Comprensivo
«BALILLA PAGANELLI»
Via Friuli, 18 – 20092 Cinisello Balsamo (MI)
tel. 02/66047583 – 02/66047832 fax 02/66014616

In fede _____ Data _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino altermine dello stato di emergenza sanitaria.