**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

**EMERGENZA SANITARIA COVID-19**

**PERSONALE DELL’ISTITUTO “CARLO PISACANE” - SAPRI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_)

In servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posizione lavorativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

**DICHIARA**

* di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 7/8/2020, art. 1, comma 6, lettera *a*, e di agire nel loro rispetto
* di essere a conoscenza delle attuali misure anti-contagio e di contrasto all’epidemia COVID-19 di cui al relativo Protocollo pubblicato nel sito dell’Istituto “C. Pisacane” di Sapri delle specifiche circolari ed informative emanate dal D.S del suddetto Istituto.
* di non appartenere alla categoria di soggetti fragili.
* di essere a conoscenza delle misure vigenti di contenimento del contagio.
* di non essere stato sottoposto negli ultimi 14 gg. alla misura della quarantena o di isolamento domiciliare e di non essere stato in contatto negli ultimi 14 gg. con persone sottoposte ad analoghe misure
* di non avere né avere avuto nei precedenti 3 gg. febbre superiore a 37,5 °C o altri sintomi da infezione respiratoria

**SI IMPEGNA**

a) a rilevare autonomamente per tutto il periodo di servizio nell’Istituzione Scolastica la mia temperatura corporea, prima dell’accesso alla sede scolastica;

b) a non accedere alle sedi scolastiche qualora, in futuro, le condizioni dichiarate mutino e il sottoscritto si trovasse in una delle condizioni di cui sopra;

c) a seguire in quel caso le indicazioni dell’autorità sanitaria;

d) a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle dichiarazioni dei punti precedenti al Dirigente Scolastico scolastico e/o al DSGA per tutto il periodo di servizio nell’Istituzione Scolastica.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all’interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell’emergenza da COVID-19.

* Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_