

**MISURE PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS SARS-COV-2**

Alla c.a. DIRIGENTE

**Oggetto: Rischio biologico da virus SARS-COV-2 – Dichiarazione / Comunicazione del lavoratore applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2**

Il sottoscritto lavoratore		COGNOME E NOME			
Nato a	LUOGO	Provincia		il	DATA DI NASCITA
Residente a	LUOGO	CAP		Provincia	
Indirizzo	VIA / PIAZZA			N. civico	

ai sensi artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli

atti, in qualità di lavoratore della scuola \_\_\_\_\_,  
DENOMINAZIONE ISTITUZIONE SCOLASTICA

**DICHIARA**

- di impegnarsi a garantire **per tutto l'anno scolastico 2021 – 2022** il rispetto e l'applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2 stabilite dalle Autorità competenti;
- di recarsi a scuola nel corso dell'anno scolastico 2021 – 2022 solo se:
  - 1) nei tre giorni precedenti l'ingresso, non presenta febbre (oltre i 37,5°C) e/o uno o più sintomi suggestivi di CoViD-19 quali ad esempio: tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore, perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia), diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia), alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, mal di gola (faringodinia), diarrea;
  - 2) non è stato a contatto stretto con persone positive al CoViD – 19 negli ultimi 14 giorni;
  - 3) non è sottoposto a misura di quarantena o isolamento domiciliare causa CoViD – 19;
  - 4) non è positivo al CoViD – 19 (tampone positivo).
- che effettuando l'atto di timbratura o apponendo la firma di presenza sul registro elettronico implicitamente rinnova la presente dichiarazione.

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al proprio potenziale rischio di esposizione al virus SARS-COV-2: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti nel presente modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_