

AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEL DPR 445/2000

PREVENZIONE CONTAGIO e DIFFUSIONE da COVID 19

A cura del **PERSONALE SCOLASTICO**
ANNO SCOLASTICO 2022/2023

Il sottoscritto/a _____

Docente/Ata in servizio presso il Plesso _____ v.Liguria / v.Brianza
(cancellare le voci che non interessano)

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci,

AUTOCERTIFICA

- Di essere a conoscenza che:
 - l'ingresso e la permanenza a scuola sono consentiti solo in assenza di temperatura corporea superiore a 37,5° e di sintomatologia compatibile con COVID19 (Sintomi respiratori acuti quali tosse e/o raffreddore con difficoltà respiratoria, vomito, diarrea, perdita del gusto, perdita dell'olfatto, cefalea intensa)
 - la permanenza a scuola non è consentita altresì in presenza di test COVID positivo
- Di impegnarsi a porre in essere i seguenti comportamenti:
 - Attenta igiene delle mani
 - tenere sotto controllo il rischio di trasmissione di microrganismi da persona a persona, quali ad esempio proteggere la bocca e il naso durante starnuti o colpi di tosse utilizzando fazzoletti di carta, ecc. (la cosiddetta "etichetta respiratoria");
- Di essere consapevole e di accettare il fatto di dover dichiarare tempestivamente, anche successivamente all'ingresso, l'insorgere di condizioni non conformi a quelle che consentono l'accesso e la permanenza a scuola
- Di essere consapevole di dover dichiarare tempestivamente, l'esito positivo di un test per la rilevazione del COVID 19
- Di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del Dirigente Scolastico con riferimento alla gestione della prevenzione del contagio e diffusione da COVID 19
- Di impegnarsi a far rispettare agli allievi le disposizioni delle Autorità, del Dirigente Scolastico, unitamente a quanto contenuto nel DVR specifico per il corrente anno scolastico
- di essere a conoscenza che l'eventuale ingresso degli alunni già risultati positivi all'infezione da Covid-19, dovrà essere preceduto da una preventiva comunicazione da parte del Dirigente Scolastico o dei suoi collaboratori della "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste dalle norme in vigore

DICHIARA

- l'assenza di qualsiasi condizione dello/la scrivente che possa considerarlo a rischio di sviluppare forme severe di COVID-19
- la sussistenza di condizioni di salute sulla base delle quali il/la scrivente sia considerato/a a rischio di sviluppare forme severe di COVID-19

Cagliari, ___ / ___ /202__
