## 

## *Istituto di Istruzione Superiore*

## *”LICEO BOCCHI-GALILEI”*

## Indirizzi: Classico, Linguistico, Scienze Umane, Scientifico, Scienze Applicate

## Via Dante 4, 45011 ADRIA (RO) tel. 0426 21107 - C.F. 90016140296

## Codice Meccanografico ROIS00100E - COD.UFF. UF9OB7

## e-mail: rois00100e@istruzione.it rois00100e@pec.istruzione.it

## 

**DOCENTI E PERSONALE ATA**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_). Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

□ di non essere stato/a sottoposto/a negli ultimi 14 giorni alla misura della quarantena o dell’isolamento domiciliare

□ di non essere attualmente positivo/a al SARS-CoV-2 e di non essere stato/a in contatto con persone risultate positive al SARS-CoV-2, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni

□ di non avere né avere avuto nei precedenti 3 giorni febbre superiore a 37,5 °C o altri sintomi da infezione respiratoria

DICHIARA INOLTRE

□ di aver preso visione e di accettare integralmente le attuali misure anti-contagio e di contrasto all’epidemia Covid-19 predisposte dall’Istituto.

Il sottoscritto 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.

□ Acconsento al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_