

AUTODICHIARAZIONE DOCENTI E PERSONALE ATA

Al Dirigente Scolastico del 2° C. D. Rodari – Villaricca

Il sottoscritt _____
(Cognome e nome)

Nat_ a _____ (prov. _____) il _____

Residente in _____ (prov. _____) CAP _____

Via _____ n° _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____ (docente, pers. ATA,
genitore, fornitore, ecc)

Dichiara

(ai sensi art. 2 L. 4 gennaio 1968, n. 15, art 3 co. 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, DPR 20 ottobre 1998 n. 403) art. 46 DPR 445 del 28/12/2000

- L'assenza di **sintomatologia respiratoria** o altri sintomi simil-influenzali o **di temperatura corporea** superiore a 37.5°C anche nei tre giorni precedenti;

SINTOMI:

o rinorrea (naso che cola)

o cefalea (mal di testa)

o tosse

o faringite (gola infiammata)

o sensazione generale di malessere

o nausea, vomito, diarrea. o anosmia (diminuzione/perdita del senso dell' olfatto) e/o ageusia(diminuzione/perdita del senso del gusto)

- **L'obbligo di rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del Dirigente scolastico** (in particolare, mantenere il distanziamento fisico di un metro, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene)

- **Di impegnarsi a comunicare** tempestivamente ogni variazione delle condizioni sopra descritte e dichiarate

DATA _____

FIRMA _____