

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
Personale Scolastico docente e non docente

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
 CF _____ Data di Nascita _____
 residente in _____ (_____) Via _____
 Cell _____ e-mail _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole, in caso di sospetta infezione da Covid-19, dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone;
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone;

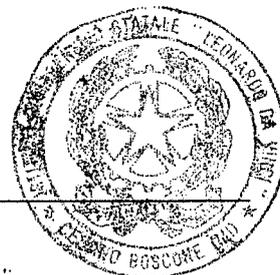
DICHIARA ALTRESI'

- Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test;
- Di effettuare il tampone nell'ambito della sorveglianza con testing (tempo zero e dopo 5 giorni) a seguito di caso Covid 19 in ambito scolastico

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA / SERVIZIO EDUCATIVO

INDIRIZZO DELLA SEDE


 Ministero della Pubblica Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI"
 Via Vespucci, 9 - 20090 CESANO BOSCONI - MI
 Tel. 02 4843574 - Fax 02 4842675
 Email: miicbeto07@istruzione.it



In fede _____

Data _____

(Firma del dichiarante)