AUTOCERTIFICAZIONE

OGGETTO: Rischio biologico da Covid-19 - Dichiarazione di applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del rischio da virus Covid - 19

Il/la sottoscritto/a_____
nato/a_____il_____/_____/_____a_____
residente in _____via_____
Documento_____ n°_____ rilasciato il ____/____/_____
da _____

Ruolo (docente, ATA) _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. Di impegnarsi a garantire il rispetto e l'applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del Virus Covid 19, stabilite dal Dirigente scolastico e dalle Autorità competenti;
2. Di essere a conoscenza che è obbligatorio rimanere presso il proprio domicilio e non andare a lavoro in presenza di febbre (maggiore o uguale a 37,5 ° C). A tal fine , allo scopo di monitorare il proprio stato di salute si impegna a controllare la propria temperatura corporea prima di recarsi al lavoro soprattutto nel caso in cui avverta malessere, sospetto stato febbrile o sintomi simil influenzali e/o respiratori (es. febbre, tosse, cefalea, vomito etc.);
3. Di essere consapevole che non è permesso fare ingresso nei locali scolastici/luoghi di lavoro, né permanere in essi laddove sussistano condizioni di pericolo / sospetto contagio quali sintomi influenzali, stati febbrili (37,5°C o più), congiuntivite, dolori muscolari.
4. Di essere consapevole che, qualora si verifichi una delle condizioni sopra dettagliate che possano indurre un sospetto di contagio, è obbligatorio avvertire tempestivamente la Direzione dell'Istituto anche successivamente all'ingresso;

Il/la sottoscritto/a SI IMPEGNA ALTRESÌ ad effettuare tempestiva comunicazione all'Istituto qualora si verifichi anche uno dei casi sotto elencati:

a. Congiunti/conviventi che presentino sintomi influenzali, stati febbrili (37,5°C o più), congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore;
b. Sia stato a contatto con persone positive al Covid.19 nei 14 gg precedenti;
c. Abbia avuto contatti con casi accertati con infezione da sars-cov-2 (vivi o deceduti) nei 14 gg precedenti;
d. Abbia avuto contatti con casi sospetti o ad alto rischio (casi probabili) con infezione da sars-cov-2 nei 14 gg precedenti;
e. Abbia fatto accesso ad una struttura sanitaria in cui sono stati ricoverati pazienti con infezione da sars-cov-2 nei 14 gg precedenti;
f. Sia stato sottoposto alla misura della quarantena causa positività al tampone per la ricerca del Covid-19;
g. Sia stato sottoposto alla misura della quarantena a causa di sviluppo della malattia da Covid-19;

Data,_____

Firma_____

Il Titolare del trattamento La informa che tratterà i Suoi dati personali con le modalità previste ai sensi del GDPR, Regolamento UE n. 2016/679 — Codice Privacy, D.lgs. 196/2003 e s.m.i. per la finalità collegata ad esigenze di tutela di interesse pubblico connotate da necessità e urgenza che giustificano l'adozione di misure eccezionali volte a ridurre il rischio di contagi in ottemperanza alle prescrizioni dettate dalle Autorità competenti. I dati personali saranno conservati per il tempo necessario ad assicurare i controlli e le verifiche al fine di prevenire e contenere la diffusione della malattia Infettiva diffusiva COVID - 19.