**Modulo 2**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’IC Valentini**

**Carolei Dipignano Domanico**

**Autodichiarazione**

**Rientro a scuola DOCENTI/PERSONALE ATA dopo la sospensione attività didattica a seguito di decreto e/o ordinanza e/o periodi di vacanze (Natale, Pasqua, ecc.)**

**e/o dopo periodi di quarantena o isolamento domiciliare**

**e/o periodi di assenza superiori a 5 giorni per qualunque motivo**

Il sottoscritto, Cognome Nome

Data di Nascita Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza Via N° Tel Mail

In qualità di

* DOCENTE
* PERSONALE ATA

Nel plesso/succursale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l’uso di atti falsi

**Dichiara di non essere** in una delle seguenti condizioni:

* con sintomatologia assimilabile a Covid-19;
* in quarantena o isolamento domiciliare;
* in contatto con persone positive sottoposte a quarantena;
* in contatto con persone con test rapido positivo in attesa di tampone molecolare (ASP);
* rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da zona ad alto rischio di contagio
* essere stato in contatto con persone positive, per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni, considerando anche le 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi dei soggetti positivi
* presentare in data odierna e nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
* accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto

**Data**  **Firma Leggibile**