



**Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore
Paolo Frisi**



Liceo Economico Sociale Istituto Professionale Servizi Corsi I.d.A. II° livello
Cod. Fisc./P.IVA 80127550152 – Codice Univoco: UF9LI5
MIS058007@istruzione.it MIS058007@pec.istruzione.it www.iisfrisi.gov.it

MODULO 1 - PERSONALE SCOLASTICO DOCENTE E NON DOCENTE

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 -

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

CF _____ Data di Nascita _____

residente in _____ (_____) Via _____

Cell _____ e-mail _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test
- ✓ Di essere consapevole 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 (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole che i conviventi/contatti stretti non scolastici sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

In fede _____

Data _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.