

DICHIARAZIONE COVID -19

IL SOTTOSCRITTO.....NATO IL.....
ACON DOC. DI IDENTITA'.....RILASCIATA
DA.....IL.....RESIDENTE.....in
qualità di
.....(docente/collaboratore
scolastico...)presso il plessoDELL'ISTITUTO
COMPRESIVO "ALDO MORO"

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE CHE:

- NON È AFFETTO ATTUALMENTE DA PATOLOGIA FEBBRILE CON TEMPERATURA SUPERIORE A 37.5° C;
- NON È STATO SOTTOPOSTO A QUARANTENA OBBLIGATORIA O A ISOLAMENTO FIDUCIARIO;
- NON HA AVUTO CONTATTI STRETTI (STRETTA DI MANO O FACCIA A FACCIA A DISTANZA INFERIORE A 2 M) CON PERSONE AFFETTE DA COVID-19, PER QUANTO A SUA CONOSCENZA
- (SOLO IN CASO DI ASSENZA PER MALATTIA) HA CONSULTATO IL PEDIATRA O IL MEDICO DI BASE

IL SOTTOSCRITTO INOLTRE SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE L'EVENTUALE COMPARSA DI FEBBRE TELEFONANDO ALLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA.

IN FEDE

LUOGO E DATA _____

FIRMA LEGGIBILE: _____

Privacy

In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

ACCONSENTO

DATA E FIRMA: _____