



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto "Fratelli Bandiera"
comprensivo di scuola primaria e secondaria di primo grado
Piazza Ruggero di Sicilia 2, 00162 Roma – Tel. 06/4402946
C.F.: 80208130585 – Codice scuola: RMIC81600D
e-mail: rmic81600d@istruzione.it – P.E.C.: rmic81600d@pec.istruzione.it

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE
PER INGRESSO FORNITORI-VISITATORI-UTENTI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DICERTIFICAZIONE

Autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

* * *

Il/La sottoscritto/a _____, cittadino/a _____,

nato/a a _____ il _____, residente a _____,

in _____ nr. _____, cod. fisc. _____,

consapevole delle pene previste per le false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità, in ottemperanza alla disposizioni aziendali al sottoscritto fornite dal datore di lavoro per la verifica del proprio stato di salute prima dell'ingresso in azienda, redatti sulla base delle norme in materia di "Misure urgenti di Contenimento e Gestione dell'emergenza da Covid-19 (Coronavirus)",

DICHIARA

(contrassegnare con X tutti i quadratini)

- di essere informato/a del fatto che la se temperatura risulterà superiore ai 37.5°, non è consentito l'accesso ai luoghi di lavoro/sede clienti;
- di non avere attualmente sintomi riconducibili ad un contagio da COVID-19 (es. febbre, stanchezza, tosse secca, dolori muscolari, congestione nasale, mal di gola, anosmia/iposmia, ageusia, polmonite, sindrome respiratoria);
- di non aver avuto, negli ultimi 14 giorni, contatti con soggetti risultati positivi al test COVID-19 o sottoposti a quarantena, né di provenire da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- di NON essere già risultato/a positivo/a all'infezione da COVID-19;
- di essere a conoscenza del fatto che è tenuto/a a informare "tempestivamente e responsabilmente il proprio Datore di Lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale".

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e dei colleghi sul luogo di lavoro, pertanto

- PRESTA il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure urgenti di Contenimento e Gestione dell'emergenza da Covid-19 (Coronavirus)"

Data _____

Firma del dichiarante in forma estesa
