AUTODICHIARAZIONE Al SENSI DELL’ART. 47 D.P.R.N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente

Il sottoscritto COGNOME CF

NOME \_\_\_\_\_

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 in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

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.