



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio 33



## ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE STATALE "EMILIO SERENI" AFRAGOLA – CARDITO

Settore Economico: Amministrazione, Finanza e Marketing – Turismo  
Settore Tecnologico: Trasporti e Logistica (Conduttori del mezzo aereo)  
Settore Professionale: Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera  
Liceo Artistico - Indirizzi: Arti Figurative – Architettura - Ambiente

### AUTOCERTIFICAZIONE ACCESSO

(dati trattati con la riservatezza prevista dalla norma sulla Privacy)

Io sottoscritto/a consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

#### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

- Di non essere stato nel periodo anteriore a 14 giorni (pari al periodo-finestra per l'incubazione) in paesi o in luoghi focolai di infezione da Covid-19,
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 o in caso positivo di aver effettuato due tamponi diagnostici negativi per SARS-COV-2
- di non avere familiari, conviventi o comunque di non essere stato a contatto con persone positive al COVID-19
- di non avere attualmente e non avere avuto nelle ultime 2 settimane febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili a COVID-19
- di aver rispettato e di rispettare le norme sul distanziamento sociale, uso della mascherina, lavaggio delle mani, disinfezione degli ambienti
- di aver compreso che non devo uscire di casa per recarmi al lavoro o altro (tipo appuntamenti programmati, ecc) in caso si manifestino sintomi riconducibili all'aver contratto il COVID-19 (febbre >37.5 ° C, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi) ma devo contattare il medico curante e segnalarlo al medico competente

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

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 alla compilazione [ ]

Non Acconsento [ ]

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Numero di mascherine consegnate \_\_\_\_\_ ( a cura del collaboratore scolastico)

Firma \_\_\_\_\_