**Screening Personale Scolastico**

**AUTOCERTIFICAZIONE**

 (codice scheda ECWMED)

# Il/la sottoscritto/a

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (luogo) (prov.)

in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

Di avere i requisiti per accedere al programma di screening sierologico previsto per tutto il personale delle scuole pubbliche e private in quanto operatore con qualifica di:

 INSEGNANTE

 PERSONALE ATA

 ALTRO ( …………………………………………………………………………………………………..….)

Dichiara altresì:

* NON ESSERE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O CONTUMACIALE
* DI NON AVER AVUTO CONTATTI CON CASI COVID POSITIVI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI
* DI NON PRESENTARE SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19 (febbre, tosse, raffreddore, bruciore agli occhi, mal di gola, difficoltà respiratoria, sintomi gastrointestinali, disturbi del gusto e/o dell’olfatto)

Dichiaro inoltre di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs n° 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

………………………………………………….

 (data) **Il Dichiarante**

……………………………………………..

 (firma)