Mod. 01 Rev.0



**la maiuScola**

**AUTODICHIARAZIONE STATO DI SALUTE VISITATORI**

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto:………………………………………………………….nato a …................................................ (…....) il ..........................residente in …..................................................... (…....) alla ...…...................................................... n. ….. identificato a mezzo ….................................................. nr. …...............................rilasciato da …............................................ in data ......................................

consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 46 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

E’ stato sottoposto o è sottoposto alla misura di qurantena □ SI □ NO

Di essere risultato positivo al Covid 19 □ SI □ NO

Ha soggiornato, sia per lavoro sia per motivi personali, con persone in Quarantena ? □ SI □ NO

Ha parenti o è stato in contatto con persone con i sintomi sopra descritti? □ SI □ NO

IN CASO DI RISPOSTE POSITIVE COMPILARE:

- Dichiara di aver finito la quarantena e aver avuto due tamponi negativi consecutivi, allo scopo si allega il certificato medico di riammissione al lavoro □ SI □ NO

- Dichiara di aver avuto sintomi che potrebbero essere correlati al virus Covid 19, di non avere eseguito tamponi e che la fine dei sintomi (fine dello stato febbrile) è avvenuta in data ….................., quindi 21 giorni prima del rientro al lavoro □ SI □ NO

inoltre DICHIARA:

Ha avuto negli ultimi 14 giorni una sintomatologia di tipo influenzale (Febbre oltre i 37,5°C, Tosse – espettorato, Mal di gola, Difficoltà respiratorie – Dispnea, dolori muscolari – Articolari, Vomito e/o Diarrea, Perdita dell’olfatto e/o del gusto)? □ SI □ NO

Di non presentare febbre maggiore di 37,5°C, di non essere sottoposto ad una terapia antipiretica, di mantenere controllata la temperatura corporea ogni mattina prima di uscire per recarsi al lavoro e di firmare il registro delle autodichiarazioni giornaliere dell'ufficio per lo stato febbrile.

 **SI IMPEGNA, INOLTRE**

A comunicare al DS il verificarsi di situazioni di rischio che dovessero manifestarsi successivamente alla presente dichiarazione (insorgenza di febbre o altri sintomi leggeri assimilabili a quelli Covid 19, in caso di Covid tra i propri contatti, ecc.)

**Si autorizza** il Dirigente Scolastico a conservare la presente autodichiarazione fino al termine dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid 19 e di trasmetterla al medico competente dell'Istituto nominato nel Documento di Valutazione dei Rischi

DATA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_