

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)