



REPUBBLICA ITALIANA REGIONE SICILIA

SCUOLA MEDIA STATALE "VIRGILIO"

Via degli Studi, 1 – tel 095858944 fax 0957977856

95047 **PATERNO'** (CT)

COD. FISC.: 80011320878

email [ctmm106006@istruzione.it](mailto:ctmm106006@istruzione.it) – PEC [ctmm106006@pec.istruzione.it](mailto:ctmm106006@pec.istruzione.it)

**Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46-47 el D.P.R. n°445 del 28/12/2000**

Il Sottoscritto/a ..... nato/a a .....

Il ..... residente in ..... Via .....

In servizio presso questa Scuola Media Statale "Virgilio" in qualità di .....

ai sensi artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, in quanto lavoratore della scuola

**DICHIARA**

- di impegnarsi a garantire il rispetto e l'applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID – 19 stabilite dal datore di lavoro e dalle Autorità competenti;
- di essere a conoscenza che è obbligatorio rimanere presso il proprio domicilio e non andare al lavoro in presenza di febbre (oltre i 37,5°C). In tal senso, al fine di attuare misure volte a favorire il controllo della temperatura dei lavoratori, si impegna a misurarsi la temperatura corporea ogni giorno prima di recarsi al lavoro;
- di essere consapevole ed accettare il fatto di non poter fare ingresso o di non poter permanere nei luoghi di lavoro e di doverlo dichiarare tempestivamente al datore di lavoro laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo quali ad esempio sintomi di influenza, febbre superiore a 37,5 gradi, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore.

**COMUNICA**

al datore di lavoro che il sottoscritto:

- o i propri conviventi non manifestano sintomi influenzali quali ad esempio tosse, febbre superiore a 37,5 gradi, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore;
- non è stato a contatto con persone positive al virus COVID – 19 nei 14 giorni precedenti;
- non è stato sottoposto a misura di quarantena causa il virus CoViD – 19;
- non risulta positivo ove sia stato sottoposto a test per la ricerca di virus COVID-19.

Altre dichiarazioni

---

---

---

Data

In fede

---

---

\*La firma deve essere autografa