

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. Cervia 2 –
Via Caduti per la Libertà 16
48015 – Cervia (RA)
E-Mail: Raic829007@istruzione.it

OGGETTO: rischio biologico da Covid-19 – Dichiarazione applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

in qualità di lavoratore dell'istituto Comprensivo Cervia 2 con la qualifica di

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A.T.A. | <input type="checkbox"/> Ass. Amm. | <input type="checkbox"/> Coll. Scol | <input type="checkbox"/> Ass. tecnico |
| <input type="checkbox"/> Docente | <input type="checkbox"/> Infanzia | <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> 1° grado |

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 Dirigente scolastico 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 (maggiore o uguale a 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 alla Dirigenza dell'istituto laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo quali ad esempio sintomi di influenza, febbre superiore o uguale a 37,5 gradi, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore;

SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE

alla Dirigenza dell'istituto qualora:

- il sottoscritto i propri conviventi manifestino sintomi influenzali quali ad esempio tosse, febbre superiore o pari a 37,5 gradi, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore;
- sia stato a contatto con persone positive al virus COVID -19 nei 14 giorni precedenti;
- sia stato sottoposto alla misura di quarantena causa il virus COVID -19
- sia risultato positivo a tampone per la ricerca di virus COVID-19.

Luogo e data

Firma del dichiarante
