



ISTITUTO TECNICO AGRARIO "D. ANZILOTTI"

Viale Ricciano n°5 - PESCIA (PT)

www.agrariopescia.edu.it - pta010004@istruzione.it - tel. 0572 49401



Agenzia formativa con sistema di qualità UNI EN ISO 9001:2015

SCHEDA DI AUTODICHIARAZIONE

Il Dichiarante acconsente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del GDPR 2016/679 con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Come da protocollo di sicurezza anti-contagio di codesta Istituzione Scolastica, La invitiamo, a scopo precauzionale, a compilare e sottoscrivere la presente scheda. Nel caso in cui Lei non attesti quanto richiesto, non Le potrà essere consentito l'accesso a scuola.

| | |
|-------------------------|--|
| NOME | |
| COGNOME | |
| DATA E LUOGO DI NASCITA | ____ / ____ / ____ |
| TELEFONO | |
| EMAIL | |
| RUOLO | <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> ATA <input type="checkbox"/> GENITORE/TUTORE <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE): |
| SEDE DI ACCESSO | EDIFICIO LATERALE |
| ORARIO DI ARRIVO: | ORA DI USCITA: |

DICHIARA

(BARRARE LE CASELLE)

- di essere a conoscenza dell'obbligo previsto dall'art. 20 comma 2 lett. e) del D.Lgs. 81/2008 di segnalare immediatamente al Dirigente Scolastico qualsiasi eventuale condizione di pericolo per la salute, tra cui sintomi influenzali riconducibili al COVID-19, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, e in tutti i casi in cui la normativa vigente impone di informare il medico di famiglia e l'autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;



ISTITUTO TECNICO AGRARIO "D. ANZILOTTI"

Viale Ricciano n°5 - PESCIA (PT)

www.agrariopescia.edu.it - pta010004@istruzione.it - tel. 0572 49401



Agenzia formativa con sistema di qualità UNI EN ISO 9001:2015

- di aver provveduto autonomamente, prima dell'accesso agli edifici dell'Istituto, alla rilevazione della temperatura corporea, risultata non superiore a 37,5°C;
- di non essere attualmente sottoposta/o alla misura della quarantena o dell'isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa in vigore;
- di non avere famigliari o conviventi risultati positivi al COVID-19;
- di aver compreso e rispettare tutte le prescrizioni contenute in questa autodichiarazione.

Pescia (PT), _____ / _____ / _____

Firma _____