## 

## **Istituto di Istruzione Superiore**



### **“Carlo Beretta”**

**Via G. Matteotti,299 – 25063 Gardone V.T. (BS)**

#### **Tel 030 8912336 (r.a.) Fax 030 8916121**

#### **E-mail: bsis00600c@istruzione.it**

#### [www.iiscberetta.edu.it](http://www.iiscberetta.edu.it)

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

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a il \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ a , residente in ( ),

via ,

nella qualità di utente esterno che intende avere accesso nei locali dell’IIS Beretta.

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 495 c.p.)

dichiara di essere a conoscenza

delle seguenti prescrizioni ex DPCM 7 agosto 2020

* *Obbligo di rimanere al proprio domicilio e di non recarsi a scuola in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali (tosse insistente, difficoltà respiratorie, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea) e di chiamare il proprio medico di famiglia o l’autorità sanitaria territoriale*
* *Consapevolezza e accettazione del fatto di non poter fare ingresso o di poter permanere a scuola e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc) in cui i provvedimenti dell’Autorità impongono di informare il medico di famiglia o l’Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio*
* *Impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso a scuola (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene, indossare la mascherina chirurgica o altro dpi laddove previsto dalle procedure)*
* *Impegno a informare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere a adeguata distanza dalle persone presenti*
* *Preclusione dell’accesso a chi abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 sin da due giorni prima dell’insorgenza dei sintomi e fino a 14 giorni dopo la comparsa dei medesimi*
* *L' ingresso a scuola di lavoratori già risultati positivi all'infezione da COVID 19 dovrà essere preceduto da una preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti la “avvenuta negativizzazione” del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza.*

Pertanto dichiara

* di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria ovvero di non essere positivo al Covid-19
* di essere stato sottoposto alle misure di quarantena e, successivamente, di essererisultato negativo al Covid-19
* che negli ultimi 14 giorni, non ha avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19
* di non essere affetto da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°
* di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Firma del dichiarante