

Istituto Comprensivo di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I Grado

“Leonardo da VINCI” - Autonomia 158 –

Via Nazionale, snc 84060 Omignano Scalo (SA) – Telef./ Fax 0974/64009
e-mail SAIC866002@istruzione.it www.icomignano.edu.it C.F. 90009630659

**Ai DOCENTI e al Personale ATA
LORO SEDI**

ISTITUTO COMPrensivo STATALE - "LEONARDO DA VINCI"-OMIGNANO
Prot. 0000310 del 10/02/2021
06-09 (Uscita)

**All'ALBO
Al Sito WEB
Agli ATTI**

Oggetto: - Verifica di idoneità prevista per il corso antincendio di cui al D.Lgs 81/08.

Si porta a conoscenza dei Docenti e del personale ATA che dovranno sostenere la prova di idoneità tecnica per addetto antincendio che è stato predisposto il servizio di trasporto per il giorno **16 febbraio 2021** c/o il Comando dei VV.F. di Salerno – via S. Eustacchio, 35 Salerno.

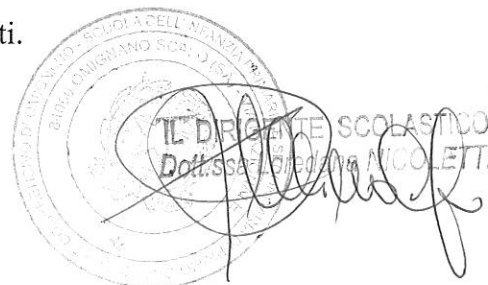
L'autobus partirà dal piazzale della ferrovia di Omignano Scalo, alle ore 13:00.

Il personale convocato, di seguito riportato, al fine di garantire il rispetto delle misure anti Covid - 19 dovrà **consegnare** alla Commissione d'esame **l'autodichiarazione firmata, allegando il proprio documento di identità.**

Dovrà, altresì, munirsi di **mascherine e guanti** e sottoporsi, prima dell'accesso alla sede dei VV.F. alla misurazione della temperatura corporea, nonché rispettare tutte le misure sul distanziamento sociale.

1. ANTINOLFI Gerardo
2. CARONE Paola
3. CECERE Giovanna
4. DI MARCO Maria
5. DI MATTEO Katia
6. FALCIONE Antonio
7. GRILLO Cinzia
8. LEMBO Rosalba
9. MESSANO Francesco
10. NIGRO Giuseppina
11. RISPOLI Alberto
12. SANTOMAURO Cristina
13. SODANO Teresa
14. VACCARO Mario
15. VITALE Angelica

Confidando nella consueta collaborazione, si porgono cordiali saluti.



AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 del DPR 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (prov. _____) il _____
Residente in _____ (prov. _____)
Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, CHE NEGLI ULTIMI 15 GIORNI

1. NON ha avuto sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associati o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA negli ultimi 14 giorni;
2. NON è venuto a contatto con persone sospette per COVID-19 o positive al SARS-CoV-2 o comunque anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di COVID-19;
3. NON è attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per COVID-19;
4. NON è risultato POSITIVO al tampone per la ricerca del virus SARS-CoV-2;
5. NON AVER contratto il COVID-19;
6. AVERE contratto il COVID-19 e di avere effettuato dopo la guarigione clinica DUE tamponi a distanza di 24 ore risultati NEGATIVI rispettivamente in data _____ e in data _____ rispettando il periodo di isolamento sociale di 14 giorni terminato in data _____;
7. DI ESSERE stato sottoposto a misurazione della temperatura corporea in data _____ e che la stessa risulta essere _____.

Data e luogo _____

Firma del dichiarante

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 come da informativa pubblicata all'ingresso, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati, i soggetti a cui gli stessi potranno essere comunicati, anche in qualità di incaricati nonché sui diritti di accesso ai suoi dati personali forniti con la facoltà di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione od apporsi all'invio di comunicazioni promozionali, presta il consenso al trattamento dei dati obbligatori all'esecuzione del servizio richiesto al fine di effettuare gli allenamenti.

Data e luogo _____

Firma del dichiarante
