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

**(PER PERSONALE ESTERNO)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,   
residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di dipendete della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (**art 495 c.p.**)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

**(barrare solo le voci interessate)**

* Di non essere oggetto di misure cautelari quali quarantena o isolamento fiduciario
* Di non aver avuto rapporti con persone infette negli ultimi 14 giorni
* Di non presentare sintomi riconducibili ad infezione da Corona Virus quali febbre, tosse, difficoltà respiratorie gravi, stanchezza
* Di essere/non essere stato sottoposti a tamponi o test sierologici il cui esito è stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere stato contagiato dal virus Sars Cov 2 e di essersi negativizzato dopo giorni\_\_\_\_\_\_e l’esito dei tamponi è attualmente disponibile per essere consegnato al medico competente per le valutazioni del caso

Data e luogo

Firma del dichiarante

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

**(PER PERSONALE SCOLASTICO )**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di ALUNNO/DOCENTE/COLLABORATORE SCOLASTICO/PERSONALE AMMINISTRATIVO dell’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (**art 495 c.p.**)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* Di non essere oggetto di misure cautelari quali quarantena o isolamento fiduciario;
* Di non aver avuto rapporti, per quanto di sua conoscenza, con persone infette negli ultimi 14 giorni (siano esse sintomatiche o asintomatiche);
* Di non presentare sintomi riconducibili ad infezione da Sars-Cov-2 quali febbre, tosse, difficoltà respiratorie gravi, stanchezza;
* Di essere/non essere stato sottoposto a tampone molecolare o test sierologici il cui esito è stato POSITIVO
* Di non essere in attesa dell’esito del risultato del tampone molecolare
* Di non essere nell’elenco dei contatti di eventuali casi COVID-19

Data e luogo

Firma del dichiarante

**OGGETTO: incarico per misurazione della temperatura**

La sottoscritta Adele Passaro in qualità di Dirigente Scolastico dell’istituto 1° Istituto Comprensivo T.Mario de Rosa al fine degli adempimenti previsti dal protocollo condiviso del 14.03.2020 (Versione Aprile 2020), incarica i sig.

Sede centrale Via regina Margherita : Esposito Pasquale, Tartaglione Giovanna,Velleca Antonio,Sollazzo Gianluca,, Carbone Antonietta

Sede Corso Umberto De Simone Rosaria, Castaldo Salvatore, Merone Cristina,Gigi Bruno Sede Strettola : Corbisiero Cosimo Damiano, Esposito Anna, Ferrante Franco. Plesso Liguori : Perone Cira , Nocerino ciro , Augusto Rodolfo Rosario

Plesso Siani Piccolo Giuseppina

Padre Gregorio rocco Romano Antonio

alla rilevazione della temperatura corporeo degli operatori scolastici , studenti e personale esterno alla scuola quali possono essere genitori, operai ecc……...

Il lavoratore dichiara di aver ricevuto

* Termometro laser digitale
* Guanti monouso
* Mascherina protettiva FFP1
* Visiera protettiva

Data e luogo

Firma per accettazione Firma del datore di lavoro

(per presa visione)

**Oggetto: informazione ai lavoratori**

La sottoscritta ADELE PASSARO in qualità di datore di lavoro del 1° istituto comprensivo T. Mario de Rosa al fine degli adempimenti previsti dal protocollo condiviso del 14.03.2020 (Versione Aprile 2020), informa i propri lavoratori che ha acquistato n. 100 circa di distributori di gel igienizzanti (indicare marca CLEANSKIN ) e che gli stessi sono stati posizionati nei seguenti punti:

all’ ingresso , in ogni classe di tutti i plessi , nei corridoi dove necessario, nella segreteria, in presidenza.

Data e luogo

Firma del datore di lavoro

La sottoscritta ADELE PASSARO in qualità di dirigente scolastico del 1° istituto Comprensivo T. Mario De rosa , al fine degli adempimenti previsti dal protocollo condiviso del 14.03.2020 (Versione Aprile 2020), informa i propri lavoratori che la stanza da utilizzare per ricevere persone esterne è:

* (indicare n.stanza e piano) aula 14- piano terra, plesso Corso Umberto, aula 7 plesso Liguori ,aula 5 piano- terra plesso De Rosa, aula 7 plesso Strettola.

Inoltre informa che la stanza utilizzata per la sosta temporanea di un lavoratore/studente che presenta sintomi riconducibili ad un infezione da Sars-Cov-2 è la seguente:

* (indicare n.stanza e piano aula 14- piano terra, plesso Corso Umberto, aula 7 plesso Liguori ,aula 5 piano- terra plesso De Rosa, aula 7 plesso Strettola, aula biblioteca plesso Siani, aula della 5^A plesso Padre Gregorio Rocco

Data e luogo

Firma del datore di lavoro

La sottoscritta Adele Passaro in qualità di dirigente scolastico del 1° Istituto Comprensivo T. Mario De Rosa delega per la misurazione della temperatura corporea l’ operatore scolastico presente nella data odierna ( indicare nome e cognome di chi effettua la misurazione della temperatura)……………………………………..:……………………….

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | COGNOME | FIRMA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Che la temperatura rilevata in nessun caso ha superato il valore di 37.5°
* Che è stato superato il valore di 37.5° per la persona di seguito indicata

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |
| COGNOME |  |
| VALORE DELLA TEMPERATURA RILEVATA |  |
| MISURE ADOTTATE |  |

Firma del datore di lavoro

Si rammenta che il valore della temperatura corporea, rappresenta un dato personale e quindi soggetto alla normativa privacy. Il valore se al di sotto del valore di 37.5° non va annotato.

Il sottoscritto Adele Passaro in qualità di del 1° Istituto Comprensivo T. Mario de Rosa , dichiara di aver effettuato personalmente o per il tramite di apposito delegato ( scrivere il nome di chi ha effettuato la misurazione)………………………………………………., misurazione della temperatura corporea agli alunni delle classi:

Indicare le classi:

classi……………………………………………………………………….

i cui nominativi sono riportati nel registro presenze della classe:

* Che la temperatura rilevata in nessun caso ha superato il valore di 37.5°
* Che è stato superato il valore di 37.5° per la persona di seguito indicata

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |
| COGNOME |  |
| VALORE DELLA TEMPERATURA RILEVATA |  |
| MISURE ADOTTATE |  |

Firma dell’operatore incaricato

Firma del datore di lavoro per presa visione

Si rammenta che il valore della temperatura corporea, rappresenta un dato personale e quindi soggetto alla normativa privacy. Il valore se al di sotto del valore di 37.5° non va annotato.

La sottoscritta Adele Passaro in qualità di dirigente scolastico del 1° Istituto Comprensivo T. Mario De Rosa delega la pulizia dei servizi igienici a cadenza oraria a partire dalle ore 09.00 l’ operatore scolastico presente nella data odierna ( indicare nome e cognome di chi effettua le pulizie)……………………………………..:……………………….

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Orario | Prodotto utilizzato | Firma operatore |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Firma dell’operatore incaricato

Firma del datore di lavoro per presa visione

**REGISTRO PULIZIA**

PRODOTTI UTILIZZATI: C prodotto a ipoclorito di sodio (CANDEGGINA) A Prodotti a base di Etanolo al 70%( ALCOOL)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APRILE | MAGGIO | GIUGNO | LUGLIO | AGOSTO | SETTEMBRE | OTTOBRE | NOVEMBRE | DICEMBRE |
| GIORNI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Riportare La sigla del prodotto utilizzato e l’ora in cui è avvenuta la pulizia