

**SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE PER OPERATORE SCOLASTICO**

da inviare via mail all'Unità Distrettuale COVID Scuola e pc alla mail [referenti.covid@icbaccellitivoli.edu.it](mailto:referenti.covid@icbaccellitivoli.edu.it) (solo qui in caso si dichiarino No Contatti/sintomi/rischi)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti:    \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

- Docente
- Personale amministrativo
- ATA
- Altro \_\_\_\_\_

**A. Presento i seguenti sintomi**

- Febbre
- Tosse
- Cefalea
- Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito e diarrea)
- Faringodinia
- Dispnea
- Mialgie
- Rinorrea
- Congestione nasale
  
- Brividi
- Difficoltà respiratoria
- Perdita improvvisa o diminuzione dell'olfatto e/o del gusto
- Stanchezza
- Crampi muscolari
- Espettorato
- Congiuntivite
  
- Altro \_\_\_\_\_

**B. Ho avuto un contatto stretto (oltre 15 minuti in ambiente chiuso a distanza inferiore di un metro) con casi accertati di COVID -19**

No                       Sì, se si specificare \_\_\_\_\_

**C. Sono rientrato da un viaggio in zone considerate a rischio**

No     Sì, se si specificare \_\_\_\_\_

**D. Provegno da territori e/o ho frequentato luoghi dove sono stati riscontrati casi di Covid-19**

No     Si, se si specificare \_\_\_\_\_

**Dichiaro**

- Di avere osservato le regole di distanziamento sociale e di utilizzo dei dispositivi di protezione durante l'orario di lavoro**
- Di non essere in grado di affermare con certezza quanto sopra**

**Mi impegno a**

- Controllare e registrare la temperatura corporea due volte al giorno (mattina e sera) e l'eventuale comparsa di sintomi segnalandoli subito al MMG o al SISP (Unità Distrettuale Covid)***
- Osservare le regole dell'isolamento fiduciario fino ad esito del test e/o scomparsa dei sintomi e delle eventuali altre misure che mi verranno proposte sulla base dell'esito del test***

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);  
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_