

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ c.f. _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) Via _____ n° _____

in qualità di: Docente ATA

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 46 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di aver preso visione, letto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali di seguito allegata;
- di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19;
- di essere a conoscenza e osservare i seguenti obblighi/divieti:
 1. obbligo di rilevare autonomamente la propria temperatura corporea prima di entrare a scuola, di rimanere al proprio domicilio in presenza di temperatura oltre i 37.5° o altri sintomi simil-influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria;
 2. divieto di fare ingresso o di permanere nei locali scolastici laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi simil-influenzali, temperatura oltre 37.5°, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.) stabilite dalle Autorità sanitarie competenti;
 3. obbligo di rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del Dirigente scolastico (in particolare, mantenere il distanziamento fisico di un metro, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene);
 4. obbligo per ciascun lavoratore di informare tempestivamente il Dirigente scolastico o un suo delegato della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della propria prestazione lavorativa o della presenza di sintomi negli studenti presenti all'interno dell'istituto.

Il sottoscritto è inoltre consapevole che l'ingresso nell'Istituto di lavoratori già risultati positivi all'infezione da Covid-19 è subordinato alla certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste, rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza, la quale dovrà essere fornita al Dirigente Scolastico.

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Con la firma in calce il sottoscritto si impegna ad osservare i punti 1, 2, 3 e 4 della presente autocertificazione per tutta la durata del proprio servizio con riferimento all'anno scolastico in corso; è consapevole inoltre che, per tutto il periodo sopra menzionato, il solo accesso ai locali scolastici rappresenta esplicita dichiarazione di assenza delle condizioni ostative di cui ai punti 1 e 2. E' consapevole inoltre del diritto/dovere di informare il Medico Competente qualora ritenga di rientrare nelle condizioni di lavoratore "fragile" anche nel caso in cui tali condizioni sopravvengano durante l'anno scolastico.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

INFORMATIVA

Ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REGOLAMENTO UE 2016/679)

Gentile interessato, secondo la normativa indicata, i nostri trattamenti saranno improntati ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 e successivi del GDPR 2016/679, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1.** I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:
 - a) Registrazione in ottemperanza dell'obbligo di legge di registrare gli accessi nell'Istituto nell'ambito dell'emergenza sanitaria Covid-19.
- 2.** Il trattamento sarà effettuato sia con modalità manuali ed automatizzate.
- 3.** I dati potranno essere comunicati alle autorità sanitarie, giudiziarie o alla Compagnia di Assicurazione convenzionata con la sottoscrizione del presente al fine, necessario, della gestione degli eventuali infortuni – sinistri.
- 4.** L'interessato, in ogni momento, potrà richiedere l'accesso ai dati conferiti, ottenere la rettifica, richiedere la cancellazione con l'avviso che se richiesta durante la validità del contratto questo dovrà essere risolto.
- 5.** Il conferimento dei dati personali è requisito necessario per l'adempimento del presente per le finalità sanitarie per cui si richiedono.
- 6.** I dati personali conferiti saranno conservati per il tempo necessario all'esercizio del diritto e/o fino al termine dell'emergenza.
- 7.** Il Titolare del trattamento è: Istituto Comprensivo Statale Foligno 5 con sede legale in Via Don Angelo Messini 5, 06034 Foligno (PG), Tel. 0742 660071 E-Mail: pgic83100e@istruzione.it, PEC: pgic83100e@pec.istruzione.it nella persona del suo legale rappresentante Dirigente Scolastico Dott.ssa Marini Alessia; DPO prof.ssa Torti Simona.
- 8.** L'interessato ha diritto di presentare reclamo avverso il trattamento dei propri dati personali all'Autorità Garante per la Privacy con sede in Roma.