



SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE PER OPERATORE SCOLASTICO O STUDENTE MAGGIORENNE

(Allegato 3 - da inviare via mail a covidscuola.positivi@asl.vt.it)

da compilare in caso di positività o in quanto possibile contatto stretto di caso confermato

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Via _____ n° _____

Recapiti: Tel. _____ E-mail _____ @ _____

Medico curante _____

Ruolo:

- Studente
- Docente
- Personale amministrativo
- ATA
- Altro _____

Dichiaro

1. SCUOLA _____ CLASSE/I _____

2. MATERIA INSEGNATA _____

3. ULTIMO GIORNO DI CONTATTO _____

SVOLGIMENTO LEZIONE:

- DALLA CATTEDRA
- ANCHE CON SUPERVISIONE TRA I BANCHI
- ALTRO _____

È PRESENTE ALL'INTERNO DELLA CLASSE DURANTE LA RICREAZIONE:

- SI
- NO
- ALTRO _____

SE SÌ, HA MANGIATO DURANTE LA RICREAZIONE:

- SI
- NO
- ALTRO _____

È PRESENTE ALL'INTERNO DELLA SALA MENSA DURANTE IL PRANZO:

- SI
- NO
- ALTRO _____

SE SÌ, HA MANGIATO DURANTE IL PRANZO:

- SÌ
- NO
- ALTRO _____

(Facoltativo):

SI È SOTTOPOSTO AL VACCINO ANTI-COVID19: _____

DATA ULTIMA DOSE _____

Inoltre dichiaro:

- Di avere osservato le regole di distanziamento fisico e di utilizzo dei dispositivi di protezione durante l'orario di lavoro**

Specificare in tutte le voci di seguito elencate

- distanza minima tra il soggetto positivo e il contatto _____
- tipo di DPI indossati da entrambi _____
- tempo di contatto _____
- condivisione di situazioni particolari (pausa caffè, mensa, scambio di materiali ecc.) _____

- Di non essere in grado di affermare con certezza quanto sopra**

- Segnalare eventuali comportamenti a rischio _____

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 _____