

Autodichiarazione rientro personale dipendente

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

in servizio presso l'IIS "Stenio" di Termini Imerese in qualità di

docente ass. amministrativo ass. tecnico collaboratore scolastico

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che nei 14 giorni antecedenti l'odierno rientro a scuola in presenza

- NON HA PRESENTATO** sintomi ascrivibili al COVID 19 (vedi nota del Ministero della Salute)*
- HA PRESENTATO** sintomi ascrivibili al COVID 19 (in questo caso, per riprendere la frequenza, è necessario allegare documentazione dell'ASL o del Medico curante che attesti la possibilità di riprendere la vita di Comunità)

Luogo e data _____

Firma _____

* I sintomi di COVID-19 variano sulla base della gravità della malattia, dall'assenza di sintomi (essere asintomatici) a presentare febbre, tosse, mal di gola, mal di testa, naso che cola, debolezza, affaticamento e dolore muscolare e nei casi più gravi, polmonite, insufficienza respiratoria, sepsi e shock settico, che potenzialmente portano alla morte.

I sintomi più comuni di COVID-19 sono:

- febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ e brividi
- tosse di recente comparsa
- difficoltà respiratoria
- perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia)
- naso che cola
- mal di gola
- diarrea (soprattutto nei bambini)