Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° in servizio presso codesto istituto in qualità di

* Docente
* Assistente amministrativo
* Collaboratore scolastico

**DICHIARA**

* Di essere risultato **positivo** al tampone Covid-19 effettuato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ e di averne ricevuto esito in data \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere soggetto *sintomatico* e che il primo giorno di insorgenza dei sintomi è stato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere soggetto *asintomatico* e che l’ultimo giorno di servizio è stato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_
* Che nelle 48 precedenti all’insorgenza dei sintomi ovvero all’ultimo giorno di servizio ha avuto i seguenti contatti (Completare **con cura** la tabella sottostante):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **ORA** | **COGNOME E NOME****DEL CONTATTO** | **RUOLO DEL CONTATTO (docente, genitore, alunno, collaboratore, a.a., …)** | **MOTIVO DEL CONTATTO** | **DPI INDOSSATI** | **DISTANZA TENUTA** |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  | Dalle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |

**- Allega ESITO DEL TAMPONE o certificato del MMG attestante lo stato di positività**

Gorgonzola, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_