

AUTOCERTIFICAZIONE DOCENTE

Io sottoscritto/a _____,

nato/a il ____/____/____ a _____,

residente in _____

CERTIFICO

- di aver letto l'estratto on line del Protocollo Sicurezza Anticontagio Ifoa;
- di essere fornito di mascherina chirurgica ogni giorno;
- di essere fornito di visiera facciale qualora si effettui la docenza in presenza di allievi;
- di non avere casi in famiglia COVID-19 positivi;
- che ciascun membro della famiglia non presenta alcun sintomo riconducibile al COVID19
- di informare immediatamente Ifoa e l'Autorità competente nel caso di positività in famiglia o di contatto con terzi positivi;
- di informare immediatamente Ifoa del sopraggiungere in famiglia di sintomi riconducibili all'infezione da COVID-19: febbre, tosse, spassatezza, difficoltà respiratorie.
- di essere a conoscenza che l'attività formativa da me frequentata comporta rischi più alti di contagio a causa di una maggior promiscuità, sebbene sia controllata e ridotta al minimo dall'attuazione delle norme di tutela della salute, regolate dal Protocollo Sicurezza Anticontagio, e alle quali io per primo mi adeguo.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R 28 dicembre 2000 n. 445.

In fede,

Luogo _____, data _____

FIRMA _____