

Al Dirigente Scolastico
dell'ITS "G. FILANGIERI "

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

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

Il/la sottoscritto/_____ c.f._____

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

residente a _____ (____) Via _____ n° _____

telefono (cellulare) _____

in qualità di: Docente ATA Ass Amm ATA CS Dirigente scolastico DSGA

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, 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 poter 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, _____

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.

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

INFORMATIVA EX ART. 13 REGOLAMENTO UE 679/2016

La informiamo che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito per brevità GDPR) di seguito Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1.** I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:
 - a) Registrazione per un periodo non superiore a 14 giorni in ottemperanza dell'obbligo di legge di compilazione del "registro presenze" nell'ambito dell'emergenza sanitaria Covid-19
 - b) Obblighi legali per fatturazione, scritture e registrazioni contabili obbligatorie, obblighi assicurativi e simili.
 - c) Obblighi contrattuali, quindi registrazioni inerenti l'iscrizione ai corsi/abbonamenti e i relativi appelli nonché delle relative modifiche ed integrazioni.
- 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.

Il Titolare del trattamento è: ISTITUTO TECNICO STATALE "G.FILANGIERI" con sede legale in C.da RUSSO snc -87075 Trebisacce (CS)-Tel. 0981 51003 - Fax 09811989911
www.itsfilangieri.gov.it E-mail: CSTD05000L@istruzione.it Pec: cstd05000L@pec.istruzione.it
nella persona del suo legale rappresentante Brunella Baratta.

- 7.** L'interessato ha diritto di presentare reclamo avverso il trattamento dei propri dati personali all'Autorità Garante per la Privacy con sede in Roma.