**Modulo F**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’IC “CASALI DEL MANCO 1”**

**Autodichiarazione**

**Rientro a scuola DOCENTI /COLLABORATORE SCOLASTICO dopo la sospensione attività didattica a seguito di decreto e/o ordinanza**

Il sottoscritto, Cognome Nome

C. Fisc. \_\_ \_Data di Nascita Residenza Via N° Tel ; Mail

In qualità di

* DOCENTE a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* COLLABORATORE SCOLASTICO a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l’uso di atti falsi

**Dichiara non essere** in una delle seguenti condizioni:

|  |  |
| --- | --- |
|  | in quarantena o isolamento domiciliare |
|  | in contatto con persone positive sottoposte a quarantena |
|  | in contatto con persone con test rapido positivo in attesa di tampone molecolare (ASP). |

**Data Firma Leggibile**