**ALLEGATO N. 7**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C. "Campo Calabro – San Roberto"**

**AUTODICHIARAZIONE**

**Rientro a scuola DOCENTI dopo la sospensione attività didattica**

**a seguito di decreto/ordinanza o festività**

Il/La sottoscritto/a, Cognome Nome

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

in qualità di

* DOCENTE 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 di non essere** nelle 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**