

Prot. n. _____

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
dell'I.C. "Ammirato – Falcone" di Lecce

Oggetto: Autodichiarazione sorveglianza sanitaria Covid-19 Regione Puglia

Il/la sottoscritto/a (nome cognome) _____, docente a tempo
indeterminato/determinato presso l'I.C. "Ammirato – Falcone" , _____, classe di
concorso _____/, ovvero Dipendente ATA;

essendo nelle condizioni previste dall'Ordinanza Regione Puglia del 24/02/2020 che detta urgenti
disposizioni in materia di prevenzione per ridurre i rischi di contagio da Covid-19 a causa del flusso di
rientro in Puglia da regioni con focolai attivi,

AUTOCERTIFICA CHE

ha comunicato in data _____ al proprio medico di medicina generale ovvero, in mancanza, al
Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale
territorialmente competente che è rientrato dalla città _____, Regione _____
in data _____.

Ha attestato la propria presenza nel territorio della Regione Puglia con indicazione del domicilio attuale al
fine di permettere l'esercizio dei poteri di sorveglianza sanitaria previste dall'Ordinanza su citata.

Lecce, _____

In Fede (firma) _____