

## ALLEGATO C INFORMATIVA PERSONALE DOCENTE

L'Istituto Comprensivo Perugia 1 "F.Morlacchi", al fine di provvedere ad informare il personale docente riguardo all'adozione di misure atte a contrastare e contenere la diffusione del Covid-19, secondo quanto disposto dal Protocollo condiviso sulle misure per il contrasto al Covid-19 negli ambienti della scuola, comunica le disposizioni alle quali il personale docente deve provvedere:

- È necessario **misurare la temperatura corporea prima di venire in sede e rimanere a casa** in isolamento in caso di sintomi influenzali (raffreddore, mal di gola, tosse e/o **temperatura > 37,5°C**), contattando il proprio medico di base, in ogni caso il personale dovrà essere sottoposto alla misurazione della temperatura prima dell'accesso in sede.
- E' vietato entrare in sede se si sono avuti contatti con persone positive al COVID-19 negli ultimi 14 giorni o si proviene da zone a rischio (zone rosse) ed occorre dichiararlo tempestivamente al dirigente scolastico o a un suo delegato.
- Per il personale già risultato positivo all'infezione da COVID-19, è necessario, per rientrare al lavoro, esibire certificato di tampone negativo ed essere sottoposto alla visita di medicina del lavoro.
- E' necessario informare il dirigente scolastico o un suo delegato tempestivamente in caso di comparsa di sintomi influenzali (raffreddore, mal di gola, tosse, affanno, bruciore agli occhi, alterazione gusto e olfatto, temperatura > 37,5°C) sul luogo di lavoro, indossare la mascherina ed isolarsi dalle altre persone.
- All'interno della scuola è necessario rispettare le misure di prevenzione: distanza di sicurezza (almeno 1 metro), uso della mascherina, lavaggio frequente delle mani e sia prima che dopo l'utilizzo dei DPI, pulizia a fine/cambio turno della propria postazione di lavoro e di tutti gli oggetti utilizzati e di uso promiscuo.
- E' possibile fare richiesta di **visita medica di cui all'art. 41 c. 1 lett. c.** (c.d. visita a richiesta del lavoratore) **al medico competente per comunicare presenza di patologie** (es: malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, neoplasie, stati di immunodepressione) corredata da documentazione medica relativa alla patologia diagnosticata.
- Effettuare accurata pulizia degli indumenti.

Il sottoscritto ..... firma la presente per accettazione di quanto  
Sopra ed **esprime il consenso al trattamento dei dati personali**, ai sensi dell'art.13 del Reg.UE 679/2016,  
come da informativa ricevuta.

**Data**

**Firma leggibile per accettazione**