

Istituto Comprensivo di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I Grado
 "Leonardo da VINCI" - Autonomia 158 –
 Via Nazionale, snc 84060 Omignano Scalo (SA) – Telef./ Fax 0974/64009
 e-mail SAIC866002@istruzione.it www.icomignano.edu.it C.F. 90009630659

**Ai DOCENTI e al Personale ATA
 LORO SEDI
 All'ALBO
 Al Sito WEB
 Agli ATTI**

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "LEONARDO DA VINCI"-OMIGNANO
 Prot. 0001852 del 11/11/2020
 07 (Uscita)

Oggetto: - Verifica di idoneità prevista per il corso antincendio di cui al D.Lgs 81/08.

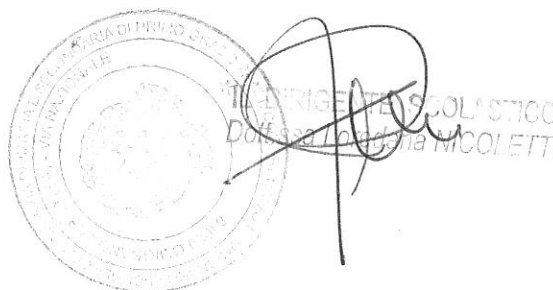
Si informano le SS.LL. in indirizzo, che il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Salerno ha fissato la verifica di cui all'oggetto per il giorno **17 novembre 2020 – ore 15:00 – presso la loro sede in Via S. Eustacchio, 35 – Salerno.**

Il personale convocato, di seguito riportato, al fine di garantire il rispetto delle misure anti Covid - 19 dovrà consegnare alla Commissione d'esame l'accluso modulo compilato e firmato, allegando il proprio documento di identità.

Dovrà, altresì, munirsi di mascherine e guanti e sottoporsi, prima dell'accesso alla sede dei VV.F. alla misurazione della temperatura corporea, nonché rispettare tutte le misure sul distanziamento sociale.

1. ANTINOLFI Gerardo
2. CARONE Paola
3. CECERE Giovanna
4. DI MARCO Maria
5. DI MATTEO Katia
6. FALCIONE Antonio
7. GRILLO Cinzia
8. LEMBO Rosalba
9. MESSANO Francesco
10. NIGRO Giuseppina
11. RISPOLI Alberto
12. SANTOMAURO Cristina
13. SODANO Teresa
14. VACCARO Mario
15. VITALE Angelica

Confidando nella consueta collaborazione, si porgono cordiali saluti.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "LEONARDO DA VINCI" OMIGNANO
 DIRIGENTE SCOLASTICO
 Dott.ssa *Angela Nicoletti*



Ministero dell'Interno

COMANDO PROVINCIALE DEI VIGILI DEL FUOCO
DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE
SALERNO

"Istituto Comprensivo L. da Vinci"
saic866002@pec.istruzione.it

Oggetto: Richiesta verifica di idoneità per "Addetti alla lotta antincendio D.L.vo 81/08.

Con riferimento all'accertamento in oggetto si comunica che l'esame di verifica di idoneità della ditta in intestazione, sarà effettuato il giorno 17/11/2020 alle ore 15.00, presso la nostra sede.

Si fa presente che dovranno pervenire in tempo utile presso il nostro Comando n.5 Estintori CO2 e 1 bombola di GPL di 10 Kg. per ogni seduta d'esame. Gli estintori in dotazione dovranno essere corredati della dichiarazione di conformità al prototipo omologato (art.8 c.1 L.c.DM 7/1/2005 e del registro di manutenzione (art.4 c.2 DM 7/1/2005). Quest'ufficio si riserva di effettuare le verifiche previste per norma sulle suddette apparecchiature, annullando le attività in caso di non conformità riscontrate.

Si precisa, al fine di garantire il rispetto delle misure anti COVID-19 che i Sigg. Partecipanti dovranno consegnare alla Commissione l'allegato modulo firmato, compilato e allegando il proprio documento di identità. Dovranno altresì essere dotati di mascherine e guanti e sottoporsi, prima dell'accesso alla sede VV.F. alla misurazione della temperatura corporea, nonché rispettare tutte le misure sul distanziamento sociale.

Infine, si avvisa che in caso di mancata presentazione degli esaminandi la quota dovrà essere nuovamente versata.

Si resta in attesa di eventuali comunicazioni.



Il COMANDANTE
Rosa D'ELISEO

AV/AA

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 del DPR 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (prov. _____) il _____
Residente in _____ (prov. _____)
Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, CHE NEGLI ULTIMI 15 GIORNI

1. NON ha avuto sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associati o meno a DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA negli ultimi 14 giorni;
2. NON è venuto a contatto con persone sospette per COVID-19 o positive al SARS-CoV-2 o comunque anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di COVID-19;
3. NON è attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per COVID-19;
4. NON è risultato POSITIVO al tampone per la ricerca del virus SARS-CoV-2;
5. NON AVER contratto il COVID-19;
6. AVERE contratto il COVID-19 e di avere effettuato dopo la guarigione clinica DUE tamponi a distanza di 24 ore risultati NEGATIVI rispettivamente in data _____ e in data _____ rispettando il periodo di isolamento sociale di 14 giorni terminato in data _____;
7. DI ESSERE stato sottoposto a misurazione della temperatura corporea in data _____ e che la stessa risulta essere _____.

Data e luogo _____

Firma del dichiarante

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 come da informativa pubblicata all'ingresso, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati, i soggetti a cui gli stessi potranno essere comunicati, anche in qualità di incaricati nonché sui diritti di accesso ai suoi dati personali forniti con la facoltà di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione od apporsi all'invio di comunicazioni promozionali, presta il consenso al trattamento dei dati obbligatori all'esecuzione del servizio richiesto al fine di effettuare gli allenamenti.

Data e luogo _____

Firma del dichiarante
