PRESA VISIONE DOCUMENTI

SICUREZZA

Il/La sottoscritto/a............................................................................................. , dovendo frequentare i locali dell’IC Via BOCCEA 590 sede centrale e plessi, in qualità di

□ Docente a T.I.

□ Docente a T.D.

□ Personale ATA a T.I.

□ Personale ATA a T.D.

□ Altro: .......................

dal ............................................ al.............................................................……….,

Anno Scolastico ……………./………………

DICHIARA

di prendere visione di tutti i Documenti sulla Sicurezza pubblicati sul sito della scuola, ai sensi del T.U. 81/2008 come integrato e modificato dal D. Lgs 106/09, e pertanto, consapevole dei rischi esistenti all’interno della struttura che ospita la scuola stessa, si impegna ad osservare tutte le misure di prevenzione e protezione in esso prescritte, al fine di garantire la propria e l’altrui sicurezza.

Luogo e data ……………………… (il/la dichiarante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_