

**"AUTOCERTIFICAZIONE DEI
DOCENTI _ TECNICI
CHE NON SVOLGONO ATTIVITA' PRATICHE NEI
LABORATORI"**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NATO/A

RESIDENTE

QUALIFICA

*IN QUALITA' DI DOCENTE/TECNICO DI LABORATORIO
PRESSO*

_____,
*IN OSSERVANZA ALLE PROCEDURE/DIRETTIVE INDICATE
DALLA SCUOLA*

*(DIRIGENTE SCOLASTICO _ PREPOSTO _ RESPONSABILE DI
LABORATORIO _ R.S.P.P.)
E ALLE NORME VIGENTI*

*RELATIVAMENTE
A TUTTE LE ATTIVITA' PREVISTE IN LABORATORIO
DICHIARA QUANTO SEGUE:*

- 1. DI NON UTILIZZARE ATTREZZATURE E/O SOSTANZE CHE
PREVEDONO L'USO DELLA 'TUTA' E/O DI 'D.P.I.'*
- 2. DI NON SVOLGERE 'ATTIVITA' DIDATTICHE' CON
ATTREZZATURE E/O SOSTANZE CHE PREVEDONO L'USO
DELLA 'TUTA' E/O DI 'D.P.I.'*

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO.