

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE SINTOMATOLOGIA COVID-19 –

Il sottoscritto,

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Ruolo...(docente, personale non docente, altro)

nell'accesso presso l'Istituto Scolastico

DICHIARA sotto la propria responsabilità

- **l'assenza di sintomatologia respiratoria o di temperatura corporea superiore a 37,5°C anche nei tre giorni precedenti;**
- **non essere stati in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;**
- **non essere stati a contatto con persone positive, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;**

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Luogo e data

Firma leggibile

(dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

.....