

**AUTODICHIARAZIONE**

Il sottoscritto,

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita .....

Documento di riconoscimento .....

Ruolo DOCENTE

nell'accesso presso l'Istituto Scolastico .....  
sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

- di non presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
- di non presentare ulteriori sintomi suggestivi di infezione da SARS COV-2, quali la perdita o l'alterazione del gusto o dell'olfatto;
- di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto qui dichiarato.

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

Luogo e data .....

Firma leggibile

.....