Al Dirigente Scolastico

IC San Francesco di Paola

Mail [MEIC86500V@ISTRUZIONE.IT](mailto:MEIC86500V@ISTRUZIONE.IT)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso la scuola in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE, CHE:

1) non è affetto/a da COVID-19 o di non essere stato/a sottoposto/a a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;

2) non è affetto/a attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;

3) non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;

4) non ha avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;

5) non ha avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il/la sottoscritto/a inoltre si impegna, di comunicare all’istituzione scolastica l’eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni.

*Firma di autocertificazione*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Da inserire al fascicolo personale*