

## AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il sottoscritto

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

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

Documento di riconoscimento .....

Ruolo..... (es. docente, personale non docente, genitore..)

nell'accesso presso l'Istituto Scolastico ..... sotto la propria

responsabilità dichiara, ai sensi della normativa vigente, quanto segue:

- 1) Di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) Di non accusare al momento febbre > 37,5°, tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 3) Di non essere a conoscenza di aver avuto contatti con persone infette negli ultimi 14 giorni.
- 4) Di non provenire da zone e/o Paesi in cui sono in corso particolari restrizioni riguardanti gli spostamenti delle persone.

Il sottoscritto inoltre si impegna, di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi giorni al dirigente scolastico ed all'autorità sanitaria locale.

Luogo e data .....

Firma leggibile

.....

Dichiaro di aver preso visione della informativa privacy qui acclusa e resa ai sensi del Reg-UE 2016/669.

Firma leggibile

.....

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente comunicazione verranno utilizzate per le finalità connesse al contenimento della diffusione del Covid-19 per le quali sono state acquisite