

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

(scrivere in stampatello)

Al dirigente scolastico
Istituto Comprensivo Centro Storico
Rimini

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (cognome nome) _____

NATO/A A _____ IL _____

in servizio in qualità di docente DSGA coll. scol. ass. amm.vo altro: _____

presso l'Istituto Comprensivo Centro Storico, plesso/sede _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) Di non essere stato/a affetto/a da COVID-19 o di non essere stato/a sottoposto/a a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) Di non essere affetto/a attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°C;
- 3) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il/la sottoscritto/a inoltre si impegna, nel corso dell'anno scolastico, in presenza di una delle condizioni suelencate, a comunicarne l'eventuale comparsa e ad evitare l'ingresso o la permanenza a scuola.

Rimini, _____

In fede

Firma leggibile del dichiarante
