

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____

NATO A _____ IL _____

CITTA' _____, PROVINCIA _____

INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____ CAP _____ RECAPITO

TELEFONICO _____ e-mail _____

In qualità di _____ dell'alunn__

_____ iscritto alla classe _____ del

plesso _____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE, CHE IL MINORE:

- 1) non è affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
 - 2) non è affetto 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 sottoscritto inoltre si impegna, di comunicare all'istituzione scolastica l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni.

Luogo e data: _____, _____

In Fede
Firma leggibile del Dichiarante
