Al Dirigente Scolastico

Dell’IC Luciani

Messina

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PROVINCIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. CIVICO\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

**L’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1) non è stato affetto da COVID-19 o non è stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria

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 o unn tampone positivo ;

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

Il sottoscritto inoltre si impegna, al momento dell’arrivo in Italia, di comunicare l’eventuale comparsa deisintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni all’autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza/ Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_