**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**

(ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto (cognome nome) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….,

nato a …………………………………………………………………………………………….. il………………………………………………...

residente a …………………………………………………………………………………………………. ,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:**

1. Di non essere affetto da COVID-19 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
2. Di non essere affetto 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 persona affetta da COVID-19 sin da due giorni prima l’insorgenza dei sintomi e fino a 14 giorni dopo l'insorgenza dei medesimi;
5. di impegnarsi a informare tempestivamente la scuola, se dopo l’accesso agli edifici scolastici o nei giorni successivi risultasse positivo al tampone COVID-19 o manifestasse sintomi tali da sospettare del contagio.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei successivi 14 giorni dall’accesso a scuola, di seguito lo stesso riporta l’indirizzo di domicilio, il recapito telefonico e l’indirizzo e-mail:

Indirizzo: Via/Piazza ……………………………………………………………………………………, Città: …………………………………………..,

Numero di telefono: ……………………………………………………………………

Indirizzo mail: …………………………………………………………………

Data: ……………………………………………. Firma: ………………………………………………………