AUTODICHIARAZIONE (all. 2)

Il/La sottoscritto/a

Cognome …………………………………..……………………..…… Nome…………………………………….……………………

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

Documento di riconoscimento …………………………………………………………….

Ruolo (es. docente - personale non docente - altro)

nell’accesso presso Istituto Scolastico ……………………………………………………………………………….………..

sotto la propria responsabilità dichiara quanto segue:

* di non presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei

tre giorni precedenti;

* di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
* di non essere stato a contatto con persone positive per quanto di loro conoscenza negli ultimi 14 giorni.
* che né lui né i propri conviventi hanno manifestato sintomi influenzali (*Tosse secca; Respiro affannoso/difficoltà respiratorie; Dolori muscolari diffusi; Cefalea persistente; Raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola); Mal di gola; Congiuntivite; Diarrea; Perdita del senso del gusto (ageusia); Perdita delsenso dell'olfatto –****“****anosmia”, nelle ultime 24 ore).*

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del COVID-19

Brescia …………………………… Firma ……………..

**data** **firma** **data** **firma**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |