**AUTODICHIARAZIONE per l’accesso in Istituto durante l’emergenza COVID-19**

Il sottoscritto,

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

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

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

Ruolo………………………………………..……………. (DOCENTE, PERSONALE NON DOCENTE, ALTRO)

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

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità quanto segue:

* di non essere al momento affetto, o di non sospettare di essere affetto, da COVID-19;
* di non essere stato affetto da COVID-19 o se sì, di essere stato dichiarato clinicamente guarito o con tampone;
* di non essere stato a contatto con persone positive al COVID-19, per quanto di sua conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
* di non presentare sintomatologia respiratoria (raffreddore, mal di gola, tosse, congiuntivite, spossatezza o dolori muscolari, alterazione di gusto e/o olfatto) o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nelle ultime tre settimane?;
* di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
* di non essere rientrato da un Paese estero per il quale è richiesta la quarantena (Croazia, Grecia, Spagna, Malta, Romania e Bulgaria) o, nel caso, di aver rispettato il periodo di quarantena.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Luogo e data ……………………………………………..

Firma leggibile (dell’interessato)………………………………………………