

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto,

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Documento di riconoscimento

Ruolo.....(es. studente, docente, personale non docente, altro)

nell'accesso presso l'Istituto Scolastico

sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale, dichiara quanto segue (barrare le caselle):

- di non presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
- di non presentare ulteriori sintomi suggestivi di infezione da SARS COV-2, quali la perdita o l'alterazione del gusto o dell'olfatto;
- di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 10 giorni;
- di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 10 giorni.
- di essere contatto stretto di un caso positivo, ma di aver ricevuto la terza dose di vaccino da almeno 14gg e precisamente in data..... (**allegare copia del Green pass**), **obbligo di utilizzo della mascherina FFP2 per almeno 10gg.**
- di essere contatto stretto di un caso positivo, ma di aver completato il ciclo vaccinale (seconda dose) da non più di 120 gg precisamente in data.....(**allegare copia del Green pass**), **obbligo di utilizzo della mascherina FFP2 per almeno 10gg.**

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2 ed è da ritenersi resa, salvo tempestiva comunicazione che ne annulli l'efficacia, anche per i giorni seguenti.

Luogo e data

Firma leggibile

(dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)