

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA AGENTI BIOLOGICI – COVID 19

AUTODICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a il/...../.....a (prov.....), residente
in.....(prov.), in via.....,
civico....., utenza telefonica

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

➤ **che il proprio figlio**
nome cognome classe

.....
scuola

non è stato sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 (*fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie*);

➤ di rispettare i protocolli proposti ed indicati dall'Istituto Comprensivo "G.Bertacchi";

➤ di aver misurato la temperatura corporea dell'alunno presso il proprio domicilio (inferiore a 37.5°C) e aver accertato l'assenza di sintomi respiratori riconducibili a COVID-19.

Data, ora e luogo

Firma del dichiarante
