

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

* Docente
* Personale ATA
* Visitatore
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dichiara sotto la propria responsabilità, di aver effettuato la misurazione corporea risultata inferiore a 37,5° e di poter accedere al luogo di lavoro seguendo le indicazioni inerenti ai comportamenti corretti da adottare per contrastare la diffusione del COVID 19;
* dichiara sotto la propria responsabilità, nei limiti delle sue conoscenze, di non aver frequentato nelle ultime due settimane parenti o altre persone malate con febbre (uguale o superiore a 37,5°) e/o sintomi ascrivibili a sintomatologie respiratorie anche non gravi.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_