

DIREZIONE DIDATTICA II CIRCOLO MARSCIANO

Via F. Maria Ferri n° 2 - 06055 Marsciano (PG)

OGETTO:

**Protocollo di Sicurezza per il contrasto e il
contenimento della diffusione del CoVID-19**

ALLEGATO III

Autodichiarazione ingresso

Revisione 01 del 09 Settembre 2020

Direzione Didattica Il Circolo Marsciano	Protocollo di Sicurezza CoVID-19	Rev. 01 del 09/09/2020
	ALLEGATO III	Rif. D.Lgs. 81/2008 Pag. 2 di 2
	Autodichiarazione di ingresso	File: Allegato III_Autodichiarazione ingresso_D.D. Il Circolo Marsciano_Rev.1

AUTODICHIARAZIONE DI ASSENZA DI FEBBRE O ALTRI SINTOMI SOSPIETTI DI COVID-19**PER L'INGRESSO NEI LOCALI DELLA DIREZIONE DIDATTICA IL CIRCOLO MARSCIANO**

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra

nato/a a il tel.

in qualità di

ai fini dell'accesso nei locali del plesso scolastico di

della Direzione Didattica Il Circolo Marsciano, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per i casi di dichiarazioni non veritieri;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'

- 1) di NON avere in data odierna febbre uguale o superiore a 37,5 °C o altri sintomi riconducibili al CoVID-19, quali: tosse, difficoltà respiratoria, congiuntivite, astenia (sensazione di fatica eccessiva), perdita del senso dell'olfatto e del gusto, ecc.
- 2) di NON essere un caso confermato di CoVID-19 da parte delle Autorità Sanitarie (U.S.L.);
- 3) di NON essere convivente con un caso confermato di CoVID-19 da parte delle Autorità Sanitarie (U.S.L.);
- 4) di NON essere oggetto di provvedimenti di isolamento domiciliare da parte delle Autorità Sanitarie (U.S.L.);
- 5) di NON essere stato a stretto contatto con un caso probabile o confermato di CoVID-19 negli ultimi 14 giorni, anche in assenza di sintomi potenzialmente sospetti;
- 6) di NON essere residente o domiciliato in un comune o zona oggetto di ordinanza di divieto di accesso e allontanamento dal territorio comunale o da una specifica zona per il contenimento della diffusione del virus (zona rossa);
- 7) di NON essere negli ultimi 14 giorni rientrato in Italia da un paese estero per cui siano state emesse disposizioni restrittive o l'obbligo di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario.

Data:

Firma del dichiarante: