



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

Via Gramsci, 2/A - 40059 Medicina (Bo)

Codice fiscale: 80071270377 – Cod. Mecc.: BOIC867005 – C.U.: UFS0AF

Telefono n. 051/6970595 - Fax n. 051/6970596

Email: BOIC867005@istruzione.it - BOIC867005@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icmedicina.edu.it/>

ALLEGATO 1

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto,

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Documento di riconoscimento _____

Ruolo _____ (studente, genitore, 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:

- di non presentare sintomi riconducibili a Covid-19 o febbre superiore a 37,5 °C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
- di non essere stato in quarantena o isolamento fiduciario negli ultimi 14 giorni;
- di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni;

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata all'emergenza pandemica del Covid-19.

Luogo e data _____

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