**Allegato n° 4**

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**

Il Sottoscritto (Cognome nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore/tutore dell’Alunno (Cognome e Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_Sez. \_\_\_\_\_\_Ind.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nell’accesso presso l’I.I.S.S. “Calogero Amato Vetrano” di Sciacca

DICHIARA

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, ai sensi della normativa vigente, che il proprio figlio o il minore affidatogli (Cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

1. Non presenta sintomatologia respiratoria e non è affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
2. Non è stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria o isolamento domiciliare negli ultimi 14 gg;
3. Non è stato a contatto con persone positive, per quanto di sua conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del SARS CoV2.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del genitore/tutore

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