**Allegato n° 4**

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**

Il Sottoscritto (Cognome nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Ruolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Docente, Personale A.T.A., altro)

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

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente:

1. Di non presentare sintomatologia respiratoria e di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
2. Di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria o isolamento domiciliare negli ultimi 14 gg;
3. Di non essere 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

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