**AUTODICHIARAZIONE PERSONALE**

**MISURE ANTICONTAGIO COVID 19**

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR N.445/2000

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di codesto Istituto,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

 (barrare la voce/le voci che interessa/interessano)

[ ] non presenta sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;

[ ] NON è attualmente sottoposto a misura di isolamento fiduciario;

[ ] NON è stato in quarantena o isolamento domiciliare e NON è stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

 **SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente a codesto Istituto ogni eventuale variazione di quanto sopra dichiarato.

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

Firma

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