

Il/La sottoscritto/a cognome.....nome

Luogo di nascita.....

Data di nascita.....

In servizio presso questo Circolo in qualità di

al Plesso.....

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 la collettività,

DICHIARA

- Che alla data di oggi _____ (rientro a scuola) **NON PRESENTA** i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 (Febbre>37,5°-C-Tosse- Difficoltà respiratoria- Congiuntivite-Rinorrea/congestione nasale-Sintomi gastrointestinali nausea/vomito/diarrea- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)-Mal di gola-Cefalea-Mialgie)
- Che alla data di oggi _____ (rientro a scuola) all'interno del nucleo familiare di conviventi NON SONO PRESENTI casi COVID-19 accertati.

Luogo e data _____ Firma _____