AUTODICHIARAZIONE (*ai sensi degli artt. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)*

Il sottoscritto,

Cognome …………………………………..……………………..…… Nome …………………………………….……………………

Luogo di nascita ………………………………………….………... Data di nascita ………………………..………………….

Documento di riconoscimento ………………………………………………………………………………………………………

Ruolo

☐ studente

☐ docente

☐ personale non docente, altro)

nell’accesso presso la sede dell’Istituto Scolastico ☐ Liceo Artistico ☐ Liceo Classico ☐ Liceo Scientifico ☐ IPSASR ☐ IPSIA

☐ sotto la propria responsabilità (se maggiorenne)

☐ di quella di un esercente la responsabilità genitoriale

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara quanto segue:**

* di non presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
* di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
* di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del SARS CoV 2 in relazione all’espletamento degli Esami Cambridge PET presso l’IISS “ Ven.Ignazio Capizzi” – Corso Umberto, 279 di Bronte (CT)

Luogo e data ……………………………………..

Firma leggibile

(dell’interessato e/o dell’esercente la responsabilità genitoriale)

…………………………………………………………………………………..