



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "DANTE ALIGHIERI"

Via PALMIRO TOGLIATTI, 1 – 01033 CIVITA CASTELLANA (VT)

Tel. 0761 513390 – CF: 80017690563

Email: [vtic81700b@istruzione.it](mailto:vtic81700b@istruzione.it) - [vtic81700b@pec.istruzione.it](mailto:vtic81700b@pec.istruzione.it) - [presidenza@icomdantealighieri.edu.it](mailto:presidenza@icomdantealighieri.edu.it)

## AUTODICHIARAZIONE

Il/a sottoscritt\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

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

Ruolo \_\_\_\_\_ (es. Studente, Docente, A.T.A., genitore, altro)

all'accesso ai locali dell'I.C. "DANTE ALIGHIERI" di Civita Castellana, sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale.

## DICHIARA

- di non presentare sintomatologie respiratorie o febbre superiore ai 37,5° in data odierna e nei tre giorni precedenti;
- di non essere in stato di quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- di non essere stato a contatto con persone positive al COVID 19, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con emergenza del SARS CoV 2.

Civita Castellana, \_\_\_\_\_

FIRMA dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale

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