

AUTODICHIARAZIONE

ai sensi del DPR.445 del 2000

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente/domiciliato/a in _____, alla via _____ n. _____, in servizio presso il

I circolo didattico T.Vitale di Nola, in qualità di _____ a tempo

indeterminato/determinato (classe _____ sez. _____); consapevole delle conseguenze

penali previste in caso di dichiarazioni mendaci DICHIARA SOTTO LA PROPRIA
RESPONSABILITÀ

di non presentare sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;

di essere a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti e di aver rispettato le disposizioni emanate dalle Autorità competenti quali, distanziamento sociale, utilizzo mascherine, in continuazione con tutte le misure di prevenzione previste.

Data e luogo

Firma del dichiarante