**AUTOCERTIFICAZIONE PER L’INGRESSO NEI LOCALI SCOLASTICI**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a ………………….………………………………………………………………………………………..

nato a……………………….. il ………………... , residente a …………………… in Via……………………………….

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

Numero di telefono/ cellulare……………………………………………………………………………………………….

in qualità di genitore accompagnatore del minore ……………………………………………………………………....,

alunno della Sez……. , in occasione dell’Incontro di Continuità in data odierna, dichiara quanto segue:

* di essere a conoscenza dell’obbligo previsto dall’art. 20 comma 2 lett.e) del D.Lgs. 81/2008 di segnalare immediatamente al Dirigente qualsiasi eventuale condizione di pericolo per la salute, tra cui sintomi influenzali riconducibili al COVID-19, provenienza da zone a rischio o contatto stretto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, e in tutti i casi in cui la normativa vigente impone di informare il medico di famiglia e l’autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
* di aver provveduto autonomamente, prima dell’accesso agli edifici dell’Istituto, alla rilevazione della temperatura corporea, risultata non superiore a 37,5°C;
* di non essere attualmente sottoposto/a alla misura della quarantena o dell’isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa in vigore;
* di non avere familiari o conviventi risultati positivi al COVID-19;
* di aver compreso e rispettare tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento di Istituto recante misure di prevenzione e contenimento della diffusione del Sars-Cov-2.

Paternò, 07 Giugno 2021

Firma leggibile

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