



Il sottoscritto,

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

DICHIARA DI :

- Non avere febbre > 37,5
- Non essere in contatto con persone positive o sospette di infezione da coronavirus (COVID19)
- Non essere in periodo di quarantena
- Attenersi alle regole comportamentali preventive stabilite dalla Regione Lombardia e dal Governo Italiano
- Attenersi al rispetto delle regole del Protocollo Sanitario della scuola

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_