

**LICEO SCIENTIFICO STATALE “G. GALILEI”**

**Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127**

**Codice Fiscale 90021230694*– sito web:*** [***www.scientificogalileilanciano.edu.it***](http://www.scientificogalileilanciano.edu.it)

***E-mail:*** [***chps02000e@istruzione.it***](mailto:chps02000e@istruzione.it) ***PEC:*** [***chps02000e@pec.istruzione.it***](mailto:chps02000e@pec.istruzione.it)

# AUTODICHIARAZIONE del genitore elettore

# ( da sottoscrivere e consegnare all'ingresso dell'edificio scolastico)

Io sottoscritto/a (nome e cognome),

Luogo di nascita ,

Data di nascita ,

Indirizzo di residenza ..................................................................................................................................,

Documento di riconoscimento ,

Telefono ,

Ruolo … ,

# DICHIARO

1. di avere letto e compreso il Regolamento di accesso ai locali scolastici in emergenza COVID-19;
2. di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da COVID-19;
3. di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°

C) o di altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico curante e l’Autorità Sanitaria competente;

1. di essere a conoscenza dell’obbligo previsto dalla legge (art. 20, c. 2, lett. e) D.Lgs. 81/2008) di segnalare immediatamente al Dirigente o suo delegato o DSGA qualsiasi eventuale condizione di pericolo per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, tra cui sintomi di influenza, temperatura, o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti ecc. e in tutti i casi in cui i provvedimenti dell’Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l’Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio, e pertanto nell’accesso presso il Liceo Scientifico “G. Galilei”, sotto la propria responsabilità

# DICHIARO

* di non provenire da zone a rischio epidemiologico;
* di non avere avuto contatti, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19 per quanto di mia conoscenza;
* di non avere temperatura corporea superiore a 37.5 °C o altri sintomi influenzali.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza COVID- 19.

# Data, Firma

**Cognome, nome, classe e sezione frequentata dal figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma di chi esercita la patria potestà \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**