



MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITA' e della RICERCA
LICEO CLASSICO E LINGUISTICO STATALE
ARISTOFANE
Via Monte Resegone,3 - 00139 Roma

Dichiarazione autografa per la prevenzione dell'infezione CoVid19

Io sottoscritto _____

nato a _____ (_____), **dichiaro di aver letto e compreso il**

“Questionario informativo per la prevenzione dell'infezione CoVid19” fornitomi del LICEO

ARISTOFANE (All.1) e che a nessuna domanda ivi riportata ho risposto in maniera affermativa.

Dichiaro inoltre di essere consapevole della **necessità di non dovermi recare** nei locali del LICEO

ARISTOFANE in caso di sospetto contatto stretto con persona COVID19 positiva o in caso di

comportamenti a rischio di contagio COVID19 o comunque in presenza di sintomatologia evocativa di COVID19.

Data _____

Firma leggibile _____

Compilare la dichiarazione prima di entrare nei locali del Liceo ARISTOFANE e depositarla

nell'apposito raccoglitore indicato dalla cartellonistica o dal Collaboratore Scolastico più vicino.