



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.**