*Allegato 1*

**

**Valutazione preventiva all’accesso in Istituto da parte di persona esterna**

La *check list* di cui sotto deve essere compilata da ogni visitatore/operatore **PRIMA** di accedere ai locali dell’Istituto.

..l.. sottoscritt… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la cui presenza in Istituto nelle date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è dovuta a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A seguito delle misure igienico-sanitarie del contagio previste dal Protocollo per lo svolgimento dei concorsi pubblici del 15/04/2021

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

|  |  |
| --- | --- |
| * Di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19
 | □ SI □ NO |
| * Di **non** essere affetto da:
	+ febbre maggiore di 37,5° C e brividi
	+ Tosse di recente comparsa
	+ Difficoltà respiratoria
	+ Mal di gola
	+ Perdita o diminuzione dell’olfatto o del gusto
 | □ SI □ NO |
| * Di **non** essere sottoposto alla misura della quarantena o dell’isolamento fiduciario
 | □ SI □ NO |
| * Di **non** essere a conoscenza di essere positivo al COVID-19 (solo per selezioni INTERNE)
 | □ SI □ NO |
| * In caso di rientro dall’estero, di aver rispettato quanto previsto dal capo VI del Dpcm 2 marzo 2021
 | □ SI □ NO |
| * Di **non** essere a conoscenza di avere avuto contatti stretti, negli ultimi 14 giorni, con casi sospetti o confermati di COVID – 19
 | □ SI □ NO |

IN CASO DI RISPOSTA “**NO**” AD UNA DELLE PRECEDENTI DOMANDE OPPURE PRESENTANDO SINTOMI LEGATI ALLA POSSIBILE INFEZIONE DA VIRUS COVID-19ALL’ATTO DELL’ACCESSO **E’ FATTO ASSOLUTO DIVIETO DI ACCESSO A TUTTE LE STRUTTURE DELL’ISTITUTO**.

|  |  |
| --- | --- |
| Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (firma del dichiarante) |