



**Ministero dell'istruzione**

Istituto Comprensivo "L. DA VINCI"  
Scuole Primarie di Azzate Bodio L.go Cazzago Br. Daverio  
Scuola Secondaria di Primo Grado di Azzate  
Via Colli, 21 – 21022 AZZATE (VA) C.F. 80010400127  
Tel. 0332/459444 – Fax 0332/459021  
e-mail: [VAIC806008@istruzione.it](mailto:VAIC806008@istruzione.it) - [www.istcomazzate.gov.it](http://www.istcomazzate.gov.it)

ALLEGATO 1

REGISTRO VISITATORI

EDIFICIO SCOLASTICO:.....

NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI RESIDENZA
RECAPITI TELEFONICI	DATA DI ACCESSO
ORARIO DI ACCESSO	ORARIO DI USCITA
MOTIVO DELLA VISITA	UFFICIO RICHIESTO
TEMPERATURA	
Nome in chiaro del Collaboratore scolastico	
Firma del Collaboratore scolastico	



**Ministero dell'istruzione**

Istituto Comprensivo "L. DA VINCI"  
Scuole Primarie di Azzate Bodio L.go Cazzago Br. Daverio  
Scuola Secondaria di Primo Grado di Azzate  
Via Colli, 21 – 21022 AZZATE (VA) C.F. 80010400127  
Tel. 0332/459444 – Fax 0332/459021  
e-mail: [VAIC806008@istruzione.it](mailto:VAIC806008@istruzione.it) - [www.istcomazzate.gov.it](http://www.istcomazzate.gov.it)

ALLEGATO 2

**AUTODICHIARAZIONE**

**DEL VISITATORE PER ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI**

Io sottoscritto.....nato a.....

Il.....residente in via.....comune di.....

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza dell'obbligo previsto dall'art. 20 comma 2 lett. e) del D.Lgs. 81/2008 di segnalare immediatamente al Dirigente qualsiasi eventuale condizione di pericolo per la salute, tra cui sintomi influenzali riconducibili al COVID-19, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, e in tutti i casi in cui la normativa vigente impone di informare il medico di famiglia e l'autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
- di non essere attualmente sottoposta/o alla misura della quarantena o dell'isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa in vigore;
- di non avere famigliari o conviventi risultati positivi al COVID-19;
- di aver compreso e rispettare tutte le prescrizioni contenute nella presente.

Data.....

Firma

.....