

OGGETTO: Dichiarazione di presa visione delle disposizioni relative al COVID -19.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (prov ____) Cap _____ via _____ n. _____

tel _____ cell. _____ e-mail _____

in servizio presso l'Istituto P.A. Fiocchi, in qualità di _____

DICHIARA

di aver preso visione delle disposizioni interne, circolari, protocolli, indicazioni operative relative al COVID-19, consultabili al seguente link: <https://www.istitutofiocchi.it/home/protocolli-covid>

Data, _____

Firma _____