



**LICEO SCIENTIFICO STATALE  
"B. CROCE"**

**Via Benfratelli, 4 - 90134 Palermo - C.F. 80017140825**  
**Tel. 091/6513962 - e-mail: paps100008@istruzione.it**  
**Sito web: [www.liceocroce.it](http://www.liceocroce.it)**

**Circ.nr.3  
Del 2/09/2021**

Agli alunni interessati

OGGETTO: test d'ingresso sui prerequisiti linguistici in Italiano

Si comunica che giorno **6 settembre**, alle ore **9,30**, presso i locali della sede centrale in via Benfratelli, si svolgerà un test per l'accertamento della conoscenza linguistica (livello A1 e A2) al fine di valutare le esigenze didattiche, per programmare opportune attività relative all'apprendimento dell'Italiano L2. Chiedere della prof.ssa Marchese.

Riguardo le norme relative al protocollo anti-Covid 19 si ricorda di presentare green-pass o una autocertificazione secondo il modello ALLEGATO.

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
(Prof.ssa Simonetta Calafiore)**

Firma autografa omessa  
ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. N. 39/19

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alle persone o alla Società sopra indicati. La diffusione distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, sia ai sensi dell'art.616 c.p. che ai sensi del D.lgs n.196/2003 e regolamento UE 679/2016

Sede Centrale – Via Benfratelli,4 – tel.0916512200 – Succursale Via Corazza 41, tel.0916173725 -Succursale Via Imera 146 – tel.091590273 –e-mail: paps100008@istruzione.it – pec: paps100008@pec.istruzione.it –Codice meccanografico PAPS100008 – C.F. 80017140825

AUTODICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente/domiciliato/a in \_\_\_\_\_, consapevole  
delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci DICHIARA SOTTO LA PROPRIA  
RESPONSABILITÀ:

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al momento, positivo al COVID 19;
- di non presentare sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;
- di non essere stato negli ultimi 14 giorni a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da COVID-19 (come da definizione riportata nella direttiva del Ministero della Salute del 22.02.2020 Coronavirus COVID-19);
- di essere a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti alla data odierna e di aver rispettato le disposizioni emanate dalle autorità competenti quali quarantena, distanziamento sociale, utilizzo mascherine ed altro.

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ si  
impegna ad informare tempestivamente lo scrivente qualora dovessero insorgere eventuali sintomi  
riconducibili ad infezione da COVID-19 e/o accertata affezione da COVID-19 e/o contatti stretti con  
persone contagiate, al fine di poter predisporre eventuali “misure cautelative”.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_