

Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo Empoli Ovest

A cura della referente di plesso di _____:

Elenco Coll. Scol. individuati per le attività di verifica:

Periodo dal _____ al _____ C.S. _____ Sostituto _____

Periodo dal	al	C.S.	Sostituto
-------------	----	------	-----------

Periodo dal _____ al _____ C.S. _____ Sostituto _____

Periodo dal _____ al _____ C.S. _____ Sostituto _____

Periodo dal _____ al _____ C.S. _____ Sostituto _____

Data _____ **Firma della referente di plesso** _____

Il/La sottoscritto/a Collaboratore Scolastico (indicare nome e cognome leggibile nella tabella) dichiara di aver verificato il corretto svolgimento delle attività di pulizie e sanificazione dei locali in attuazione del protocollo COVID adottato da questa Amministrazione.

[illegible]