Al Dirigente Scolastico

dell’ Istituto Omnicomprensivo

IL/LA sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* Di aver preso visione , sul sito dell’Istituto Omnicomprensivo , del

**Documento di Valutazione dei Rischi ( ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)**

<https://www.omnicomprensivocsangelo.it/area-sicurezza-benessere/>

Città Sant’Angelo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_