

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto COGNOME _____
CF _____
Via _____
Cell _____
in qualità di _____

NOME _____
residente in _____ (_____)
Tel _____
e-mail _____

DEL MINORE

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

Recapito telefonico _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*):
- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
 - DISSENTERIA
 - CONGIUNTIVITE
 - FORTE MAL DI TESTA
 - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
 - AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
 - DOLORI MUSCOLARI
 - DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
 - FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede _____

Data _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

(*) In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l'effettuazione del tampone naso faringeo