

Ministero dell'Istruzione



Istituto Comprensivo "G. Falcone e P. Borsellino"

VIA DANTE ALIGHIERI 1 - 26010 OFFANENGO (CR)
Tel.: 0373 244978/780899 – Fax IP: 0373/243574



mail: CRIC80500T@istruzione.it - pec: CRIC80500T@pec.istruzione.it
web: www.icfalbor.edu.it

cod. meccanografico: CRIC80500T - c.f.: 82007030198 -cod. univoco: UFOQVF – matricola INPS: 2601803138

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

CF _____ residente in _____ (_____)

Via _____ Tel _____

Cell _____ e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE COGNOME _____ NOME _____

CF _____ Data di Nascita _____

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) _____

Timbro e firma della scuola

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