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

II sottoscritto COGNOME \_ CF \_ Via \_

Cell in qualità di \_

NOME \_ residente in \_ Tel \_ e-mail

COGNOME

CF

**DEL MINORE**

NOME

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 RESPONSABILITA**

* 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

**DICHIARA ALTRESI'**

***BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:***

* Che ii suddetto minore nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attivita scolastiche/educative (\*) :
* SINTOMI RESPIRATOR! (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
* DISSENTERIA
* CONGIUNTIVITE
* FORTE MAL DI TESTA
* ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
* AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
* DOLORI MUSCOLARI
* DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
* FEBBRE ≥ 37,5°
* Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede Data

(Firma del dichiarante)

II presente modulo sara conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello state di emergenza sanitaria .

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