|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Stemma | **ISTITUTO COMPRENSIVO “B. CROCE”**SCUOLE DELL’INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA I GRADOVia Marco Polo 9 – FERNO (Va)Tel 0331.240260 E-mail: vaic86100r@istruzione.itCod. Min. VAIC86100R – Cod. Fisc. 91032280124 | Istituto Comprensivo di Ferno |

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

# 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

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 ≥ 37,5°

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