Modello 1

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente**

Il sottoscritto COGNOME NOME CF Data di Nascita residente in ( ) Via

Cell e-mail

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 aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone

nelle 24 ore precedenti l’accesso al test

* Di essere consapevole dell’obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino

ad esito tampone

* Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

### 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.

Modello 2

**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

# DICHIARA ALTRESI’

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

Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti 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 da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

**NOTA BENE**: Nel setting scolastico ai “contatti stretti di caso sospetto” in attesa dell’esito del tampone NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E’ comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudenziale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o

 comunque ridurre i momenti di socialità e l’utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia CoviD-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

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

Modello 3

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Studente maggiorenne**

Il sottoscritto COGNOME NOME CF Data di Nascita

residente in ( ) Via

Cell e-mail

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 rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino

ad esito tampone

* Di essere consapevole dell’obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

# DICHIARA ALTRESI’

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche **(\*)**:

* + 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 da parte del Medico di Medicina Generale

### 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.