

**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**

- ✓ In caso di esito POSITIVO, di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione

**DICHIARA ALTRESI'**

**BARRARE UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI OPZIONI:**

Che nelle 24 ore precedenti ha avuto (\*):

- 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 da parte del Medico di Medicina Generale

In fede

Data

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_