

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

- ✓ 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 l'accesso al test da parte del Medico di Medicina Generale

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

(*): In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute e l'effettuazione del tampone naso faringeo