

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

- ✓ In caso di esito POSITIVO, di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino a guarigione

DICHIARA ALTRESI'
BARRARE UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che il suddetto minore 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 Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede _____

Data _____

(Firma del dichiarante)

(*) 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