**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Minori che frequentano comunità scolastiche/educative**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEL MINORE**

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 del tampone
* Di essere consapevole dell’obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatori 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 ALTRESÌ**

**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 DI 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 CONTTATARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l’effettuazione del tampone naso faringeo.