

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

Il/La sottoscritto/a

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

CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( )

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA ALTRESÌ**

**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  $\geq 37,5^{\circ}$

(\*) 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

SCUOLA / COMUNITA' EDUCATIVA

\_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_



Solo per questa opzione è necessario apporre il timbro

- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Medico di Medicina Generale
- Di effettuare il tampone come da Circolare ministeriale 0050079-03/11/2021 DGPRE in quanto contatto scolastico posto in sorveglianza con testing
- Di essere, asintomatico, a conclusione della quarantena in quanto contatto stretto di caso positivo in ambito scolastico

SCUOLA / COMUNITA' EDUCATIVA

\_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

**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 prudentiale 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)