# 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

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

fiduciario fino ad esito tampone

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

obbligatorio 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 ALTRESI’

***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 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 CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al

quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l’effettuazione del tampone naso faringeo

# 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

* Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l’accesso al test
* Di essere consapevole dell’obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
* Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
* Di essere consapevole che i conviventi/contatti stretti non scolastici sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

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.

# 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

* 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 (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
* Di essere consapevole che i conviventi sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

# DICHIARA ALTRESI’

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

**(\*)**:

Che nelle 24 ore precedenti l’accesso al test 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 ≥ 37,5°

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)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

# PRESCRIZIONE EFFETTUAZIONE TAMPONE NASO-FARINGEO PER SOSPETTO COVID-19 A SEGUITO DI NEGATIVITA’ A PRIMO TAMPONE IN SOGGETTO SINTOMATICO – SOLO PERSONALE SCOLASTICO E ALLIEVI/STUDENTI

In attuazione del punto 2.1.1 del Rapporto di ISS COVID-19 *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell’infanzia* – versione 28 agosto 2020, si prescrive effettuazione di tampone naso-faringeo per ricerca di RNA di SARS-CoV-2 per l’assistito/a

COGNOME NOME

CF Data di Nascita

residente in ( ) Via

Cell e-mail

Luogo Data

(Firma del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta)

Il presente modulo deve essere presentato al punto tampone dalla persona interessata e sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.