# 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.