

**MODULO 2**  
**AUTODICHIARAZIONE<sup>1</sup> 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 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<sup>2</sup>:
- 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 l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore.

In fede

Data

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

<sup>2</sup> 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