



## Istituto Comprensivo di Fagnano Olona

via Pasubio, 10 - 21054 Fagnano Olona (VA) - Tel +39 0331 619 000 - fax 0331 615 021 - C.F. 81010090124  
e-mail: [vaic80500c@istruzione.it](mailto:vaic80500c@istruzione.it) - PEC: [vaic80500c@pec.istruzione.it](mailto:vaic80500c@pec.istruzione.it) web: [www.scuolefagnano.edu.it](http://www.scuolefagnano.edu.it)

### 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 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Carta di Identità n. \_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_  
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

#### DICHIARA ALTRESÌ

#### BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti 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  $\geq 37,5^{\circ}$

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

**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.

È 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)

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