



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca

Istituto Comprensivo Statale Trilussa via Graf 74 - 20157 Milano
Fax: 0288448614

Ufficio didattica: Primaria e Secondaria 0288448596 0288448599

Ufficio personale: 0288448611

e-mail uffici: MIIC8AF001@ISTRUZIONE.IT MIIC8AF001@PEC.ISTRUZIONE.IT
www.ictrilussa.gov.it

C.F.80145250157 – Codice Istituto MIIC8AF001

Plessi di scuola primaria: via Graf 74 - via Graf 70

Plesso scuola secondaria di primo grado: via Graf 74

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

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 ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti non ha avuto:

- 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 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.