



ISTITUTO COMPRENSIVO "FUTURA"  
ViaVilloresi, 43 - 20024 GARBAGNATE MIL. (MI) Tel 02/9957762  
Fax 02/9955490 e - mail: [segreteria@icfutura.it](mailto:segreteria@icfutura.it) sito:[www.icfutura.it](http://www.icfutura.it)  
C.F. 86507520152 – Cod. Mecc. MIIC8EL00X  
pec: [miic8el00x@pec.istruzione.it](mailto:miic8el00x@pec.istruzione.it)  
Scuola Infanzia: ARCOBALENO - QUADRIFOGLIO – LA MAGNOLIA  
Scuola Primaria: A. MORO– A. GRAMSCI– S. ALLENDE  
Scuola Media: GALILEI



## AUTODICHIARAZIONE

**AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Personale scolastico che frequenta comunità scolastiche/educative**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
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 rispettare le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispettare 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 le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

### DICHIARA ALTRESI'

#### **BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:**

- Che il giorno ..... durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative 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  $\geq 37,5^{\circ}$

e pertanto di essere stato allontanato dalla scuola come previsto dalle linee guida del CTS

Dichiara inoltre:

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone da parte del Medico di famiglia

Di non aver consultato Medico di famiglia per l'effettuazione 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.

**(\*)** In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO MEDICO DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente il proprio stato di salute e l'effettuazione del tampone naso faringeo