

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**  
**Personale Scolastico docente e non docente**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ Di essere consapevole, in caso di sospetta infezione da Covid-19, dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone;
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone;

**DICHIARA ALTRESI'**

- Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test;
- Di effettuare il tampone nell'ambito della sorveglianza con testing (tempo zero e dopo 5 giorni) a seguito di caso Covid 19 in ambito scolastico

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA / SERVIZIO EDUCATIVO

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO DELLA SEDE

\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)