

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 _____

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, 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 di effettuare tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test;
- Di effettuare il **tampone molecolare** come da nota regionale Protocollo n. G1.2021.0013306 del 02/03/2021, in quanto insegnante o educatore che lavora in una classe messa in quarantena e che non deve rispettare la misura dell'isolamento fiduciario in attesa dell'esito del tampone

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA / SERVIZIO EDUCATIVO

ISTITUTO COMPRENSIVO PARITARIO PREZIOSISSIMO SANGUE

INDIRIZZO DELLA SEDE

VIA PADRE PLACIDO RICCARDI 5 - 20132 MILANO



In fede

Data

 (Firma del dichiarante)