**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Studente maggiorenne**

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 dell’obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
* Di essere consapevole dell’obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
* Di essere consapevole che i conviventi sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

**DICHIARA ALTRESI’**

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che nelle 24 ore precedenti l’accesso al test ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche **(\*)**: 

* + 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 ≥ 37,5°

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l’accesso al test da parte del Medico di Medicina Generale

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.