



SCUOLA PARROCCHIALE
MARIA IMMACOLATA

PARITARIA DELL'INFANZIA E PRIMARIA

PARROCCHIA S. DIONIGI IN SS. CLEMENTE E GUIDO - MILANO

Scuola dell'Infanzia Paritaria Parificata (D.M. 997 25/01/2002) Cod. Mec. M1A24800L

Scuola Primaria Paritaria Parificata (D.M. 370 10/01/2002) Cod. Mec. M1E074009

Sede operativa: Viale Suzzani 64, 20162 Milano; Sede legale (Ente Gestore): Largo S. Dionigi in Pratocentenaro, 1 20162 Milano; tel: 02/6426025;

email: segreteria@scuolamariaimmacolata.org; pec: parrdionigi@legalmail.it;

Iban (BPM): IT09W0503401668000000001570; C.F: 80098770151; P.IVA: 13224300155

www.scuolamariaimmacolata.org

**2020
2021**

AUTOCERTIFICAZIONE PER ATS

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 MINORI CHE FREQUENTANO COMUNITÀ SCOLASTICHE/EDUCATIVE

A CURA DEL GENITORE/TUTORE

Io sottoscritto:

CF residente a

Prov in via n°

Tel. e-mail

in qualità di

DEL MINORE: **NOME**

COGNOME

CF Nato il

Tel. 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 far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- 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
- Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESÌ Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SINTOMI RESPIRATORI
(TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE) | <input type="checkbox"/> ANOSMIA (PERDITA OLFATTO) |
| <input type="checkbox"/> DISSENTERIA | <input type="checkbox"/> AGEUSIA (PERDITA GUSTO) |
| <input type="checkbox"/> CONGIUNTIVITE | <input type="checkbox"/> DOLORI MUSCOLARI |
| <input type="checkbox"/> FORTE MAL DI TESTA | <input type="checkbox"/> DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO) |
| | <input type="checkbox"/> FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$ |

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore.

In fede,

.....

Data: