

**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

---

INDIRIZZO DELLA SEDE

---

In fede

---

Data

---

(Firma del dichiarante)