



ISTITUTO COMPRENSIVO "FUTURA"
ViaVilloresi, 43 - 20024 GARBAGNATE MIL. (MI) Tel 02/9957762
Fax 02/9955490 e - mail: segreteria@icfutura.it sito:www.icfutura.it
C.F. 86507520152 – Cod. Mecc. MIIC8EL00X
pec: miic8el00x@pec.istruzione.it
Scuola Infanzia: ARCOBALENO - QUADRIFOGLIO – LA MAGNOLIA
Scuola Primaria: A. MORO– A. GRAMSCI– S. ALLENDE
Scuola Media: GALILEI



AUTODICHIARAZIONE

AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Personale scolastico che frequenta comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ residente in _____ (_____)
Via _____ Tel _____
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

Che il giorno durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative ha avuto (*):

- 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 $\geq 37,5^{\circ}$

e pertanto di essere stato allontanato dalla scuola come previsto dalla attuale normativa

Dichiara inoltre:

Di aver consultato il Medico di famiglia dal quale ha ricevuto indicazioni per il rientro a scuola per assenza di sintomi riconducibili all'infezione da SARS-CoV-2

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.

(*) In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO MEDICO DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente il proprio stato di salute e l'effettuazione del tampone naso faringeo