

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**  
**Minore che frequenta l'Istituto Comprensivo Cesare Battisti**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitore

**DEL MINORE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
FREQUENTANTE QUESTO ISTITUTO Classe Sezione \_\_\_\_\_  
Assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

In caso di assenza temporanea e breve da scuola:

- Che il/ proprio/a figlio/a è stata assente per motivi non collegati al proprio stato di salute  
*in alternativa*
- Di essersi recato dal proprio pediatra e che nulla è stato prescritto circa la necessità di adozione di misure previste dalla normativa COVID-19
- Di non essere a conoscenza d'aver avuto contatti con persone con COVID 19 o per le quali sono adottate, dalla normativa vigente d'emergenza, particolari protocollo e/o limitazioni
- Di non essere stato in quarantena o in isolamento, volontario o d'ufficio, negli ultimi 14 giorni

In caso di richiesta da parte degli organi competenti di vigilanza sanitaria:

- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone nel caso in cui lo stesso sia stato effettuato
- 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 doppio tampone
- Di essere risultato negativizzato, a seguito dell'adozione del protocollo di controllo, e che, come da certificato rilasciato dall'ASL, che si allega in copia, può essere riammesso in classe.

**DICHIARA ALTRESI'**

**BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:**

- Che il suddetto minore nelle 24ore precedenti l'accesso a scuola ha goduto di ottima salute
- 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

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_