

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Minore che frequenta le scuole del Comune di Bollate aderenti allo screening tramite tampone salivare.

Il sottoscritto COGNOME _____

NOME _____

CF _____

residente in _____ (_____)

Via _____

Tel _____

Cell _____

e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

Recapito telefonico _____

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 del tampone naso-faringeo
- ✓ 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 naso-faringeo

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che il suddetto minore è risultato positivo al tampone salivare eseguito in data 12/04/2021 e di aver ricevuto comunicazione dell'esito tramite:

SMS

E-mail

Altro (specificare): _____

NOTA BENE: In attesa dell'esito del tampone naso-faringeo è fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale dei contatti stretti continuativi del minore (ad esempio i famigliari): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l'utilizzo di mezzi pubblici.

In fede

Data

(Firma del dichiarante)