



## **Ministero dell'Istruzione**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "IQBAL MASIH"**

VIA B. MILESI, 4 - 20152 MILANO - Tel. 02/88440430 - Fax. 02/88440432

C.M. - MIIC8D000T - C.F. - 97505860151

e-mail: [miic8d000t@istruzione.it](mailto:miic8d000t@istruzione.it) Posta Certificata: [miic8d000t@pec.istruzione.it](mailto:miic8d000t@pec.istruzione.it)

### **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 aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24ore precedenti l'accesso al test
- ✓ Di essere consapevole 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(quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole che i conviventi/contatti stretti non scolastici sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

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.