

**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 24 ore 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 in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

In fede

\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Data

\_\_\_\_\_

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative**

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 tampone
- ✓ 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

**DICHIARA ALTRESI'****BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:**

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (\*):
- 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  $\geq 37,5^{\circ}$

- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

**NOTA BENE:** Nel setting scolastico ai “contatti stretti di caso sospetto” in attesa dell’esito del tampone NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E' comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l'utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia Covid-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

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 PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l'effettuazione del tampone naso faringeo**



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

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(barrare solo in caso di Genitore/Tutore di minore che risulta contatto scolastico)

### DEL MINORE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di aver ricevuto da ATS in data ..... comunicazione circa la possibilità di effettuare il tampone presso il "punto tamponi scuola" con accesso libero più vicino alla propria residenza;
- che risulta trascorso un periodo di quarantena di 10 giorni senza sintomatologia dall'ultimo contatto con il caso positivo.

E' altresì a conoscenza che il referto sarà reso disponibile sul FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), che si impegna di attivare c/o i Distretti S.S./CUP ospedalieri/Farmacie, prima dell'effettuazione del tampone.

\_\_\_\_\_  
(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.

#### **ASST BERGAMO EST**

Da lunedì a sabato dalle 9.00 alle 13.00:

Ospedali di Seriate (via Paderno 21) - Alzano Lombardo (via G. Mazzini 88) - Piario (via Groppino 22): presso le tende adiacenti all'ingresso;

Lovere (via Cav. Filippo Martinoli 9): zona adiacente al Pronto Soccorso.

Consultare per sicurezza il link: <http://www.asst-bergamoest.it/user/Default.aspx?SEZ=51&PAG=111&NOT=2339>

#### **ASST BERGAMO OVEST**

- Drive - Through presso l'Ospedale di Treviglio, Piazzale ospedale n°1 dalle ore 09.00 alle ore 13.00, da lunedì a sabato [attivo dal 16/09]

- Presso l'Unità d'offerta di Ponte San Pietro in via Adda n. 18 al piano terra dalle ore 09.00 alle ore 13.00, da lunedì a venerdì [attivo dal 17/09]

- Drive - Through a Martinengo in Via Gramsci (di fronte alla Sede degli Alpini) dalle ore 09.00 alle ore 13.00, da lunedì a venerdì [attivo dal 25/09]

- Drive - Through a Dalmine in Piazzale Piscine dalle ore 09.00 alle ore 13.00, da lunedì a sabato [attivo dall'01/10]

Consultare per sicurezza il link: <http://www.asst-bgove.it/54.ASP?jump=newsArticle.asp&id=1290>

#### **ASST PAPA GIOVANNI**

- al **Presidio medico avanzato della Fiera di Bergamo**, da lunedì a sabato, dalle 9 alle 14. Restare in macchina, seguire le indicazioni che conducono all'ingresso riservato, parcheggiare e accedere dall'ingresso segnalato.

- al **Punto prelievi dell'Ospedale di San Giovanni Bianco**, da lunedì a sabato, dalle 10 alle 14. Da lunedì a venerdì premere il pulsante "Linea tamponi scuola" al Cup e attendere la chiamata. Il sabato rivolgersi alla portineria

Consultare per sicurezza il link: [http://www.asst-pg23.it/2020/09/linea\\_tamponi\\_scuola/](http://www.asst-pg23.it/2020/09/linea_tamponi_scuola/)