**DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO PERSONALE SCOLASTICO**

Si dichiara che:

cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso l’Istituto Comprensivo “Villa di Serio” plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

durante lo svolgimento delle attività scolastiche ha presentato :

* FEBBRE ≥ 37,5°
* SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
* SINTOMI GASTROINTESTINALI (NAUSEA/VOMITO, DISSENTERIA)
* CONGIUNTIVITE
* FORTE MAL DI TESTA
* ANOSMIA (PERDITA OLFATTO).
* AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
* DOLORI MUSCOLARI
* DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)

In applicazione del decreto n. 87 del 06.08.2020 del Ministero dell’Istruzione “\*Protocollo d’intesa per garantire l’avvio dell’anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19”,* viene disposto l’allontanamento cautelativo dalla frequenza della collettività.

In applicazione della circolare della Regione Lombardia Prot. G1.2020.0031152 del 14 settembre 2020 concernente *"Avvio attività scolastiche e servizi educativi dell’infanzia – gestione di casi e focolai di CoviD-19"*, la persona sospetta deve recarsi al punto tampone ad accesso libero ma:

* E’ obbligatorio contattare il proprio medico curante prima di presentarsi all’esame per **avere indicazioni sulla necessità di effettuare il tampone**.
* E’ obbligatorio presentarsi all’esame con l’autodichiarazione compilata e con la tessera sanitaria.

In caso di effettuazione del tampone, sia con esito POSITIVO che NEGATIVO, la riammissione a scuola potrà avvenire solamente con la **consegna dell’attestazione del proprio medico di riammissione sicura** in comunità.

****Data …………………………

 Il Dirigente Scolastico o suo delegato

 .......................................................

**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

****

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.