

## **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**

#### **IN CASO DI RIENTRO DALL'ESTERO**

CHE IL MINORE E' RIENTRATO IN ITALIA IL \_\_\_\_\_

DA \_\_\_\_\_ (indicare lo Stato)

DI AVER AVVIATO L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO DEL MINORE DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

PRESSO: Comune \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

DICHIARO, ALTRESI', CHE DURANTE SUDDETTO PERIODO DI ISOLAMENTO IL MINORE NON HA MANIFESTATO L' INSORGENZA DI SINTOMI SOSPETTI PER COVID-19

#### **IN CASO DI CONVIVENTE DEL MINORE IN ATTESA DI ESITO DEL TAMPONE**

DI AVER FATTO RISPETTARE AL MINORE LE MISURE DI ISOLAMENTO DOMICILIARE FIDUCIARIO FINO AD ESITO NEGATIVO 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.