

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Studente maggiorenne**

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 essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle 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

**DICHIARA ALTRESI'**

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che nelle 24 ore precedenti l'accesso al test ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche (\*):

- 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 l'accesso al test da parte del Medico di Medicina Generale

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.

**ELENCO PUNTI TAMPONE:**

<b>ASST FATEBENEFRATELLI – SACCO</b>	3aa -18 aa	MILANO - Via Palermo 6 - Centro Vaccinale	Lunedì-Venerdì	8,30-13,00
	3aa -18 aa	MILANO - Ospedale Sacco Via G.B. Grassi 74 – Ambulatorio 62	Lunedì-Sabato	8,30-13,00
	6 mesi -6 aa	MILANO - Ospedale Buzzi - Via Castelvetro 28 - DRIVE THROUGH	Lunedì-Venerdì	15,00-19,00
	6 mesi -6 aa		Sabato	8,30-13,00
<b>ASST NORD MILANO</b>	6aa -18 aa	MILANO Via Ippocrate 45 - Ambulatorio	Lunedì-Venerdì	11,00-13,00
	6aa -18 aa	CINISELLO BALSAMO - Ospedale Bassini - Via Gorki 50 DRIVE THROUGH	Lunedì-Venerdì	9,00-13,00
	6aa -18 aa	CUSANO MILANINO - Ospedale Bassini - Via Ginestra 1 - Ambulatorio	Mercoledì e Venerdì	10,00-13,30
<b>ASST NIGUARDA</b>	0 aa-18 aa	MILANO - Villa Marelli - Viale Zara 81 Ambulatorio dedicato	Lunedì-Venerdì	8,30-12,00 13,00-17,30
<b>IRCCS POLICLINICO CA' GRANDA</b>	0-6 aa	MILANO - Via Pace, 9 Corridoio Centrale - Ambulatorio Tamponi E	Lunedì-Venerdì	8,00-15,30
	0-6 aa	MILANO - Via Pace, 9 Corridoio Centrale - Ambulatorio Tamponi F	Lunedì-Venerdì	8,00-15,30
	6aa -18 aa	MILANO - Via Pace, 9 Corridoio Centrale - Ambulatorio Tamponi A	Lunedì-Venerdì	8,00-15,30
	6aa -18 aa	MILANO - Via Pace, 9 Corridoio Centrale - Ambulatorio Tamponi B	Lunedì-Venerdì	8,00-15,30
	6aa -18 aa	MILANO - Via Pace, 9 Corridoio Centrale - Ambulatorio Tamponi	Sabato	8,00-15,30
<b>ASST SANTI PAOLO E CARLO</b>	0-18 aa	MILANO - Ospedale San Carlo - Via Pio II dopo ingresso Pronto Soccorso - DRIVE THROUGH	Lunedì-Sabato	9,00-13,00
	0-18 aa	MILANO - Ospedale San Paolo - Via Ovada 26 - DRIVE THROUGH	Lunedì-Venerdì	8,30-12,30
	0-18 aa		Sabato	9,00-13,00