

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

根据第 445/2000 号总统令第 47 条的规定作出的自我声明 – 上学/参加教育集体的未成年人

Il sottoscritto COGNOME _____
签名人 姓NOME _____
名CF _____
税卡号residente in _____ (_____)
户籍所在地 (身份证所在地) (省份)Via _____
具体地址Tel _____
电话Cell _____
手机号码e-mail _____
电邮地址in qualità di _____
是以下学生的**DEL MINORE**

未成年人

COGNOME _____
姓NOME _____
名CF _____
税卡号Data di Nascita _____
出生日期Recapito telefonico _____
电话联络号码

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

意识到虚假申报、虚假行为和使用虚假行为将受到第 445/2000 号总统令第 76 条规定的刑事制裁，并没收根据虚假申报采取的措施所产生的任何利益

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

在自己的责任范围内声明

- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone

意识到在测试结果出来之前，有义务确保孩子在家中遵守隔离的措施

- ✓ 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

意识到在测试结果呈阳性的情况下，有义务执行儿童的强制性家庭隔离措施，直到其康复

DICHIARA ALTRESI'

另外还声明

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

勾选以下两个选项之一:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*):

以上提及的未成年人在之前的 24 小时之内，在上学/参加教育活动时出现以下症状(*):

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
呼吸道症状 (咳嗽、喉咙痛、感冒)
- DISSENTERIA 痢疾
- CONGIUNTIVITE 结膜炎
- FORTE MAL DI TESTA 头部剧痛
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO) 嗅觉障碍 (失去嗅觉)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO) 失去味觉
- DOLORI MUSCOLARI 肌肉疼痛
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO) 呼吸困难、喘息
- FEBBRE $\geq 37,5^\circ$ 发烧 $\geq 37,5^\circ$

- 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

在过去 24 小时内得到上述未成年人的自由选择的儿科医生/全科医生的指示，进行核酸检测

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.).

请注意: 在学校的环境中，"疑似病例的密切接触者"在等待测试结果之前不会被隔离，直到疑似病例的测试结果呈阳性。

无论如何，强烈建议采取谨慎的态度，特别是对于持续的密切接触（如父母）：在任何情况下都要使用口罩，尽可能避免或减少社交和使用公共交通工具的时间。

因此，需要有责任感，以保证在新冠病毒的实质性安全和开展日常活动（工作等）的可能性之间取得适当的平衡。

In fede

Data 日期

(Firma del dichiarante 声明人签名)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.
本表将按照保护个人资料的规定保存，直到卫生紧急状态结束。

(*) 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

(*)如果在学校出现症状，请记得与自己的儿科医生联系，及时向其报告孩子的健康状况和咽鼻拭子的情况

TIMBRO DELLA SCUOLA:



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

“ARTURO BENEDETTI MICHELANGELI

Via Dante Alighieri, 10 – 20084

LACCHIARELLA

MII88200X