

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**  
**Maggiorenni che frequentano l'Istituto Einstein e collocati in isolamento domiciliare fiduciario**

Il sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

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

studente frequentante la classe \_\_\_\_\_

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 indicazione dall'ATS dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- di essere consapevole che per il rientro a scuola è necessario presentare certificazione medica per attestazione di riammissione sicura in collettività, come da indicazioni di ATS.

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.