



AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DIAGNOSTICO PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____, e residente in _____

via _____ Cell. _____ Email _____

☐ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____, nato/a _____ il _____

☐ in qualità di operatore scolastico

- consapevole che in assenza di richiesta da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG), il tampone potrebbe non essere effettuato nei tempi previsti e potrebbe essere una prestazione non appropriata che crea inutile disagio al soggetto in particolare se di giovane età;

- consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

☐ Che lo studente è stato posto in isolamento presso la scuola _____ comune di _____ con comunicazione da parte del referente scolastico alle ore _____ per la presenza dei seguenti sintomi:

☐ Che sono stato posto in isolamento presso la scuola _____ comune di _____ con comunicazione da parte del referente scolastico alle ore _____ per la presenza dei seguenti sintomi:

☐ Di aver contattato con esito negativo nelle 24 ore precedenti il proprio PLS/MMG (nella fascia oraria di contattabilità telefonica) dott. _____
(nome e cognome PLS/MMG)

☐ Di aver contattato con esito negativo il Dipartimento di Prevenzione/Guardia Medica dell'ASL territorialmente competente;

Pertanto richiede l'effettuazione del test diagnostico ad accesso diretto presso HOT SPOT scolastico

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) per il minore