

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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____, nato/a a _____ il _____,

- consapevole che in assenza di richiesta da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale, 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 del 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:

_____ ;

Di aver contattato con esito negativo nelle 24 ore precedenti il proprio Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (nella fascia oraria di contattabilità telefonica) _____

_____ ;

Di aver contattato con esito negativo il Dipartimento di Prevenzione/Guardia Medica dell'Asl territoriale competente;

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

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____