



Allegato 1

SCUOLE – ALUNNI E PERSONALE SCOLASTICO AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DIAGNOSTICO PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a (inserire il nome di chi si sottopone al tampone) _____

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

- Alunno;
- Personale Docente;
- Personale non Docente;

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 la collettività,

DICHIARA

Di voler eseguire test molecolare per SARS COV2 (Tampone)

- Su indicazione del proprio Pediatra/Medico medicina generale Dott. _____
- Su indicazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) Dott. _____

Dichiara di:

- Avere rilevato sintomi a casa;
- Avere rilevato sintomi a scuola.
- Essere stato segnalato come contatto di caso positivo a scuola;
- Essere stato segnalato come contatto di caso positivo fuori scuola (attività sociali, sportive, ecc. extra scolastiche);

Luogo e data esecuzione tampone

L'interessato / il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
