

**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 _____
il _____,

- 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: _____
- Di aver contattato con esito negativo nelle 24 ore precedenti il proprio PLS/MMG (nella fascia oraria di contattabilità telefonica) _____;
- 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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
