

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)

SCUOLE – ALUNNI
AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST
DIAGNOSTICO PER COVID-19
(SOLO IN CASO DI IRREPERIBILITÀ PLS/MMG/SISP)

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 la 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 / Medico curante (nella fascia oraria di reperibilità 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 esecuzione tampone

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