

Allegato 5

**FAC-SIMILE 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 appropriate 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 _____ con comunicazione da parte del referente comune di _____ 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)
