AUTODICHIARAZIONE PER EFFETTUAZIONE PRESSO HOT SPOT 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) dell’alunno/a …

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 l’alunno è stato posto in isolamento presso la scuola *infanzia/primaria/secondaria*

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 presso le ASL del territorio.

Luogo e data …

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) …