

ISTITUZIONE SCOLASTICA I° CIRCOLO ASTI

C.so Dante Alighieri 88, 14100 Asti - Tel. 0141/593171

C. M.: ATEE00100D – Codice Fiscale: 80005440054 - Codice Univoco: UF9BU2

e-mail: atee00100d@istruzione.it – pec: atee00100d@pec.istruzione.it – sito web: www.primocircoloasti.edu.it

FAC-SIMILE AUTIDICHIARAZIONE 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 crei inutile disagio al soggetto in particolare se di giovane età;
- Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mandaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della comunità.

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 chiede l'effettuazione del test diagnostico ad accesso diretto presso HOT SPOT scolastico

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
