



**AUTODICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.
ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

| | | |
|---|----------------|---|
| Nome | Cognome | Codice fiscale |
| | | |
| Comune di nascita | Prov. | Data di nascita |
| | | |
| Comune di residenza | Prov. | Indirizzo residenza |
| | | |
| Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) | Prov. | Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza) |
| | | |
| Telefono | e-mail | |
| | | |

identificata/o a mezzo di: *(allegare copia del documento)*

carta di identità / patente di guida / passaporto / altro documento di riconoscimento: _____

| Numero | Rilasciato da | Data rilascio | Data scadenza |
|--------|---------------|---------------|---------------|
| | | | |

Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico di seguito specificato;
 di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico di seguito specificato;
 di essere il **GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO** del minore:

| | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| Cognome: | Nome: | Codice fiscale: |
| | | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: | |
| | | |

(in caso di genitore/tutore/affidatario) che il proprio congiunto è un alunno "contatto scolastico" a seguito di accertata positività di altro alunno al Covid-19 appartenente alla stessa sezione / gruppo classe;

Che l'esecuzione gratuita, a carico del Servizio Sanitario, di **un** test antigenico rapido avviene per motivi di sorveglianza scolastica *(barrare la casella che ricorre, in ragione della comunicazione ricevuta dal Dirigente scolastico):*

- esecuzione del test T0 (tampone al tempo zero)
 esecuzione del test T5 (tampone a cinque giorni)
 esecuzione del test T10 (tampone a dieci giorni)

Che l'esecuzione del test avviene come da comunicazione del Dirigente dell'Istituto Scolastico:

| Denominazione istituto | Comune | Sezione | Classe | prot. nota | Data nota |
|------------------------|--------|---------|--------|------------|-----------|
| | | | | | |

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Il dichiarante
(firma estesa e leggibile)

L'operatore della struttura
(farmacia/laboratorio/struttura sanitaria/MMG-PLS)
(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.