

## **DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE**

Allegato 1

## 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. Dat			di nasci	ita	ī			
Comune ui nascita					Data	ui nasci	muscitu				
			I					<u> </u>			
Comune di residenza		Pro	Prov.		Indirizzo residenza						
Comune di domicilio (se diverso dalla residenza)		za) Pro	Prov. Indiriz			zo domicilio (se diverso dalla residenza)					
Telefono						a mail					
1 eletono		e-mail									
identificata/o a mezzo di: (alleg	_										
□ carta di identità / □ patente	di guida / 🏻	□ passaport	to / 🗆 a	ıltro docu	mento di	riconos	cimento	o:			
Numero	Rilascia	Rilasciato da				Data rilascio Data sca			scadenz	a	
					•						
Consapevole delle sanzioni, a	-	-				-	ventual	'i abusi d	li utilizz	zo in care	nza
dei requisiti prescritti dalla leg											
		SOTTO I									
☐ di essere operatore scolasti	co (persona	ale docente	e non	docente) d	dell'istitu	to scola	istico di	seguito	specific	cato;	
☐ di essere alunno maggioren	ne dell'istit	tuto scolast	ico di s	seguito sp	ecificato;	;					
☐ di essere il <b>GENITORE</b> /	TUTORE	/ AFFIDA	TARIO	O del min	ore:						
Cognome: No		Nome:					Codice fiscale:				
Data di nascita: Luogo d		di nascita:									
Data di hascita:	Luogo	o ui nascita	a:								
☐ (in caso di genitore/tutore/	affidatario,	) che il prop	prio coi	ngiunto è	un alunn	o "conta	atto scol	lastico" a	a seguit	o di accert	tata
positività di altro alunno al C		-							_		
Che l'esecuzione gratuita, a c											nza
scolastica (barrare la casella esecuzione del test T0 (tan			e della	comunico	azione ric	cevuta d	lal Dirig	gente sco	olastico,	):	
☐ esecuzione del test T5 (tan	•		,								
□ esecuzione del test T10 (ta											
Che l'esecuzione del test avvi	iene come	da comunic	azione	del Dirigo	ente dell'	Istituto	Scolast	ico:			
<b>Denominazione</b>	istituto		C	omune	Sezio	one C	lasse	prot.	nota	Data no	ota
Dichiara, altresì, che l'interessata											
contenimento del contagio da pori previsto dalle norme vigenti, attra											
Sanitario Regionale, per le finalità											
Data,											
*											
Il dichiarante						L'one	eratore	della st	ruttura	ı	

(farmacia/laboratorio/struttura sanitaria/MMG-PLS) (firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.

(firma estesa e leggibile)