



Allegato 1

SCUOLE

AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST

DIAGNOSTICO PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

- Alunno;
- Personale Docente;
- Personale non Docente.

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

Di voler eseguire test molecolare per SARS COV2 (Tampone)

su indicazione della S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

e di essere stato segnalata/o come contatto di caso positivo in ambito scolastico

Luogo e data di esecuzione del tampone

l'interessato/il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
