



## Allegato 2

# SCUOLE – ALUNNI

## AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DIAGNOSTICO PER COVID-19 (SOLO IN CASO DI IRREPERIBILITÀ PLS/MMG/SISP)

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 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 la collettività,

### 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 Pediatra / Medico curante (nella  
fascia oraria di reperibilità 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**

Luogo e data esecuzione tampone

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_