



AUTODICHIARAZIONE HOT-SPOT SCOLASTICO COVID 19

Istituto scolastico

Via N° Città

Il sottoscritto/a

nato/a il __/__/____ a

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) **di**
 nato il __/__/____
 a Codice Fiscale _____
 e residente a in via n
 Telefono cellulare

in qualità di docente / operatore scolastico
 e residente a in via n
 Telefono cellulare Codice Fiscale _____

-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 al contrasto della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

CHIEDE l'effettuazione del test diagnostico ad accesso diretto presso HOT SPOT scolastico
 e **DICHIARA** (*barrare una o più opzioni*)

- che lo studente/docente/operatore scolastico è stato posto in isolamento con comunicazione da parte del referente scolastico alle oredel __/__/____;
- che lo studente/docente/operatore scolastico è stato posto in quarantena con comunicazione da parte del referente scolastico per <<contatto classico>> con persona positiva;
- di essere riuscito a contattare nelle 24 ore precedenti il proprio Medico/Pediatra di famiglia;
- di non essere riuscito a contattare nelle 24 ore precedenti il proprio Medico/Pediatra di famiglia;
- di non essere riuscito a contattare il Dipartimento di Prevenzione/Guardia Medica dell'ASL territorialmente competente

Medico/Pediatra di famiglia: Dott.:..... Telefono

Data _____

Firma _____

