

**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 AUTOSOMMINISTRATO**

La/il sottoscritta/o:

Nome	Cognome	Codice fiscale

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

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

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 il **GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO** del minore:

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:

Data di nascita:	Luogo di nascita:

che il proprio FIGLIO/A della CLASSE _____ SEZ _____ della Scuola

- INFANZIA*
- PRIMARIA*
- SECONDARIA DI I GRADO*

a seguito di accertata positività di altro alunno al Covid-19 appartenente alla stessa sezione / gruppo classe, rientra nella disposizione di autosorveglianza

Che l'esecuzione del test antigenico rapido autosomministrato del proprio/a figlio/a avviene per motivi di sorveglianza scolastica a seguito di sintomi *(barrare la casella che ricorre, in ragione della comunicazione alla scuola):*

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

Che il tampone autosomministrato al proprio/a figlio/a rientra tra quelli autorizzati dal Ministero della Salute e che il tampone eseguito il _____ risulta:
(barrare l'esito)

- NEGATIVO**
- POSITIVO**

Il genitore/tutore/affidatario dichiara, altresì, di essere informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli del proprio/a figlio/a saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Il dichiarante

(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante