



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

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 del SISP Dott. _____
- Su indicazione del PLS/MMG Dott. _____

Sintomi:

- Sintomi rilevati a casa;
- Sintomi rilevati a scuola

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)



SCUOLE
AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST
DIAGNOSTICO PER COVID-19
(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 appropriate 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 PLS/MMG (nella fascia oraria
di contattabilità 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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
