

**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
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

Nome	Cognome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo residenza

Comune di domicilio <i>(se diverso dalla residenza)</i>	Prov.	Indirizzo domicilio <i>(se diverso dalla residenza)</i>

Telefono	e-mail

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

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

Numero	Rilasciato da	Data rilascio	Data scadenza

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 operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico IC CORTONA1;

di essere il **GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO** del minore frequentante l'IC CORTONA1

Scuola _____ plesso di _____ classe/sezione _____;

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:

Data di nascita:	Luogo di nascita:

che il proprio congiunto è un alunno "contatto scolastico" a seguito di accertata positività di altro alunno al Covid-19 appartenente alla stessa sezione / gruppo classe;

che l'esecuzione di un test antigenico rapido autosomministrato avviene per motivi di sorveglianza scolastica e che

tale esecuzione è stata effettuata in data _____ e ha riportato risultato NEGATIVO

che l'esecuzione del test avviene per presenza di sintomi e che sarà ripetuta, se ancora presenza di sintomatologia,

fra 5 giorni a partire da oggi

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Firma del dichiarante

Allegare copia documento di riconoscimento del dichiarante.