

Allegato 5

**FAC-SIMILE AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST
DIAGNOSTICO PER COVID-19**

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 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)

Allegato 4

**FAC-SIMILE AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER
MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____,
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
_____, nato/a _____ il _____.

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 il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

- NON HA PRESENTATO (crociettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)
- HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa _____
- sono state seguite le indicazioni fornite
- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____