

***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. CAFFARO"***

***Scuola dell’infanzia - Scuola primaria e scuola secondaria di primo grado***

*Via C. Bollea,3 - 10060 BRICHERASIO (TO) - Tel. 0121-59168*

*E-mail:* toic84200d@istruzione.it *PEC :* toic84200d@pec.istruzione.it

 *Sito:* [www.iccaffarobricherasio.edu.it](http://www.iccaffarobricherasio.edu.it).

*C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D*

# 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 deve essere effettuato dalla famiglia prima del rientro a scuola;
* 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 collettività,

# DICHIARA

🞏 che lo studente ha osservato un periodo di quarantena dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il comune di con comunicazione da parte del referente scolastico IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la presenza dei seguenti sintomi:

**OPPURE DICHIARA**

**🞏 di aver effettuato il tampone naso-faringeo in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il cui esito è stato negativo**

**🞏 di aver sottoposto a visita pediatrica il minore in oggetto e che lo stesso ha dichiarato la piena guarigione e l’assenso al rientro a scuola**

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)