



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL

BENESSERE ANIMALE

Allegato 1

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 A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO

PER FINALITA’ DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO

La/il sottoscritta/o:

Nome

Cognome

Prov.

Codice fiscale

Comune di nascita

Data di nascita

Comune di residenza

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza)

Telefono

Prov.

Indirizzo residenza

Prov.

Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza)

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 di seguito specificato;

di essere alunno maggiorenne dell’istituto scolastico di seguito specificato;

di essere il GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO del minore:

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Data di nascita:

Luogo di nascita:



(in caso di genitore/tutore/affidatario) 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 gratuita, a carico del Servizio Sanitario, di un test antigenico rapido avviene per motivi di sorveglianza

scolastica (barrare la casella che ricorre, in ragione della comunicazione ricevuta dal Dirigente scolastico):







esecuzione del test T0 (tampone al tempo zero)

esecuzione del test T5 (tampone a cinque giorni)

esecuzione del test T10 (tampone a dieci giorni)

Che l’esecuzione del test avviene come da comunicazione del Dirigente dell’Istituto Scolastico:

Denominazione istituto Comune Sezione Classe prot. nota

Data nota

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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dichiarante

L’operatore della struttura

(firma estesa e leggibile)

(farmacia/laboratorio/struttura sanitaria/MMG-PLS)

(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it/)

pag. 1 a 1

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

