**SCUOLA DELL’INFANZIA D. BRUNO VED. PICCO**

**P.zza Conte Rosso 18 – AVIGLIANA**

**Tel. 011/9328664 – Fax 011/9314014**

**C.F. 86002630019 – P.IVA 04343100014**

**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 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)