



**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:

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<b>Codice fiscale</b>
<b>Comune di nascita</b>	<b>Prov.</b>	<b>Data di nascita</b>
<b>Comune di residenza</b>	<b>Prov.</b>	<b>Indirizzo residenza</b>
<b>Comune di domicilio</b> (se diverso dalla residenza)	<b>Prov.</b>	<b>Indirizzo domicilio</b> (se diverso dalla residenza)
<b>Telefono</b>	<b>e-mail</b>	

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 **GENTORE / TUTORE / AFFIDATARIO** del minore:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Codice fiscale:</b>			
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>				
<input type="checkbox"/> (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 <b>un</b> test antigenico rapido avviene per motivi di sorveglianza scolastica (barrare la casella che ricorre, in ragione della comunicazione ricevuta dal Dirigente scolastico):					
<input type="checkbox"/> esecuzione del test T0 (tampone al tempo zero) <input type="checkbox"/> esecuzione del test T5 (tampone a cinque giorni) <input type="checkbox"/> esecuzione del test T10 (tampone a dieci giorni)					
Che l'esecuzione del test avviene come da comunicazione del Dirigente dell'Istituto Scolastico:					
<b>Denominazione istituto</b>	<b>Comune</b>	<b>Sezione</b>	<b>Classe</b>	<b>prot. nota</b>	<b>Data nota</b>

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**  
(firma estesa e leggibile)

**L'operatore della struttura**  
(farmacia/laboratorio/struttura sanitaria/MMG-PLS)  
(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.