

**Allegato 5**

**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)

\_\_\_\_\_