



**Scuola Materna "Carlo HENFREY"**

**Via Marconi n° 2 - 28831 BAVENO (VB)**

Cel: 334 3939588 Tel: 0323 – 924565

E-mail: [smhenfrey@ymail.com](mailto:smhenfrey@ymail.com) - [www.scuolamaternacarlohenfrey.it](http://www.scuolamaternacarlohenfrey.it)

---

## **AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DIAGNOSTICO PER COVID-19 presso HOT SPOT SCOLASTICO**

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 collettività,

### **DICHIARA**

Che lo studente è stato posto in isolamento presso la SCUOLA MATERNA CARLO HENFREY comune di BAVENO 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)

\_\_\_\_\_