



## AUTODICHIARAZIONE DEI GENITORI

(AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL DPR 445 DEL 2000)

### PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 PRESSO LABORATORIO DI ANALISI CONVENZIONATO

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ , nata/o il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) , residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ,  
via \_\_\_\_\_ e domiciliata/o in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ,  
via \_\_\_\_\_ , identificata/o per mezzo di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ , rilasciato  
da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ , telefono  
\_\_\_\_\_ , consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni  
mendaci (art. 495 c.p.)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere genitore dell'alunna/o \_\_\_\_\_ alunno/a del 1° I.C. "S.Pellico" e di  
voler usufruire della convenzione stipulata tra il Vostro Laboratorio di Analisi Cliniche e l'Istituto medesimo  
per essere sottoposta/o a prezzo agevolato a tampone rino- faringeo per la ricerca di antigene SARS-Cov 2.  
Acconsente al trattamento dei dati a fini di prevenzione del contagio Covid - 19 consapevole che in caso di  
test positivo si procederà alla segnalazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territoriale competente.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_