

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ____/____/____ Residente a _____ ()

Via _____ n. _____ Codice fiscale: _____

Documento d'identità n. _____ scad. _____ rilasciato da: _____

- Telefono: _____
- E-mail: _____

In qualità di:

- Studente maggiorene
- Docente
- ATA
- Altro: _____

Presso l'ISTITUTO SCOLASTICO _____

sede di _____ classe e sezione _____

- Dichiara di:
- Non presentare al momento alcun sintomo di malattia
 - Avere storia di positività al virus SARS-COV-2 in data: ____/____/____
 - Aver già eseguito tampone molecolare in data: ____/____/____
 - Aver già eseguito tampone antigenico in data: ____/____/____

Alla luce di quanto sopra esposto, consapevoli del fatto che l'adesione all'indagine è individuale, volontaria e gratuita, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, manifesto la volontà di accettare l'atto sanitario proposto nei miei confronti.

La seguente dichiarazione viene resa nella conoscenza delle norme che regolano l'emergenza COVID-19 e nella piena consapevolezza che comportamenti difformi alle vigenti disposizioni ed a quanto dichiarato saranno puniti secondo l'art. 650 del C. P., salvo che i fatti addebitati comportino più gravi reati. In caso di positività acconsento l'invio del Referto mediante e-mail all'indirizzo sopra indicato ai sensi del DPCM 8.8.13

Data: _____ Luogo: _____ Firma del maggiorene _____

<i>Esito</i>	Esito del test:	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO
	Data esecuzione: _____		
	Operatore:		
	Medico:		
	Note:		