



**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000**  
**Esecuzione gratuita di test rapidi**

**Testing Scuola Primaria (T0-T5) o Uscita Quarantena scolastica**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato /a il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, identificato/a a mezzo  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato  
da \_\_\_\_\_<sup>1</sup> in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ , utenza telefonica \_\_\_\_\_, in  
qualità di responsabile genitoriale ai sensi dell'art. 316 del c.c. come sostituito dal D. Lgs. n. 154/2013  
di \_\_\_\_\_ nato /a il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), codice fiscale \_\_\_\_\_, consapevole  
delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei  
requisiti prescritti dalla legge (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- **che il proprio congiunto è un alunno "contatto" a seguito di accertata positività di altro alunno al Covid-19, ed è in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, ed in particolare dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa).**
- **che l'esecuzione gratuita di test rapidi richiesta per il proprio congiunto è relativa:**

**per motivi di Testing Scuola Primaria T0 [età assistito 6-11 anni]:** Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche previste.

CITTA': \_\_\_\_\_ SCUOLA Primaria: \_\_\_\_\_ CLASSE: \_\_\_\_\_

**per motivi di Testing Scuola Primaria T5 [età assistito 6-11 anni]:** Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche previste.

CITTA': \_\_\_\_\_ SCUOLA Primaria: \_\_\_\_\_ CLASSE: \_\_\_\_\_

**per motivi di fine quarantena scolastica:** Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche previste.

CITTA': \_\_\_\_\_ NIDO/SCUOLA (infanzia, elementare, media e superiore):

\_\_\_\_\_ CLASSE: \_\_\_\_\_

**Data, ora e luogo della dichiarazione**

Firma del dichiarante

L'Operatore della Farmacia

<sup>1</sup> *Allegato: copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante*