

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

Uscita Quarantena scolastica dell'infanzia (Assistito di età 0-6 anni)

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 _____¹ 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 stato posto in quarantena di coorte scolastica dell'infanzia dall'ASL**

- **che l'ASL di riferimento alla data della presente autodichiarazione non ha programmato l'effettuazione del test antigenico rapido presso i siti aziendali specificatamente individuati**
- **che l'esecuzione gratuita di test rapidi richiesta per il proprio congiunto, in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, è per motivi di fine quarantena di coorte scolastica dell'infanzia** (Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche previste per assistito di età 0-6 anni):

CITTA': _____

NIDO/SCUOLA

DELL'INFANZIA:

CLASSE: _____

Data, ora e luogo della dichiarazione

Firma del dichiarante

L'Operatore della Farmacia

1 *Allegato: copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante*