

**COVID-19: PERCORSO REGIONALE DI SEMPLIFICAZIONE DELLE CHIUSURE
DELLE CONDIZIONI DI ISOLAMENTO
per persona minorenni**

AUTOCERTIFICAZIONE

| | |
|---|-------------------------------------|
| Dichiarazione sostitutiva di certificazioni/dell'atto di notorietà (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) | |
| La/Il sottoscritto/a | |
| Nata/o a | (Prov.) il .. / .. / |
| Residente in | |
| Documento di riconoscimento | |
| CODICE FISCALE | |
| Telefono cellulare: | |
| a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità: | |
| D I C H I A R A | |
| che tutte le informazioni di seguito riportate sono veritiere. | |
| Letto, confermato e sottoscritto. | La/il dichiarante |
| Data .. / .. / | |

DICHIARO CHE,

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario della persona di seguito indicata,

la persona

(Nome) _____ (Cognome) _____

nata il data .. / .. / a _____

frequentante la seguente scuola secondaria di primo/secondo grado

residente in _____, Via _____

CODICE FISCALE _____

con assistenza sanitaria presso l'Azienda USL di _____

è stata posta

in isolamento

in data .. / .. /

dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di _____

(tamponi che ha rilevato la positività eseguito in data .. / .. /

presso _____)

ha

RICEVUTO in data .. / .. / relativo documento/comunicazione (anche tramite SMS),
da parte della stessa AUSL

NON HA ANCORA RICEVUTO documento/comunicazione da parte della stessa AUSL

ha eseguito in data .. / .. / gratuitamente (a carico del Servizio Sanitario Regionale) il tampone
antigenico rapido nasale previsto per valutare la chiusura della condizione dello stato di cui sopra
presso la Farmacia _____

e ha ricevuto la stampa di detto esito.

Firma _____

Data _____