

**COVID-19: PERCORSO REGIONALE DI SEMPLIFICAZIONE DELLE
CHIUSURE DELLE CONDIZIONI DI ISOLAMENTO / QUARANTENA
per persona minorenn**

AUTOCERTIFICAZIONE

Genitore / Tutore

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 .. / .. /	

Minore

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 quarantena

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 con protocollo n. _____

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.

- NON HA ANCORA RICEVUTO documento/comunicazione da parte della stessa AUSL
- di avere eseguito in data .. / .. / a pagamento (€ 15 fino a 11 anni, € 8 dai 12 ai 18 anni) 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 _____