**COVID-19 – TEST SIEROLOGICO E/O TAMPONE AUTODICHIARAZIONE PER IL PERSONALE SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a *(nome) (cognome)* nato/a il a prov. residente a prov. in via n. domiciliato a *(compilare solo se diverso da residenza)* prov. in via n. telefono e-mail

ai fini dell’esecuzione del test sierologico e/o tampone previsto nell’ambito del programma di screening del personale scolastico docente e non docente - Ordinanza Regione Campania n.70 e successive precisazioni.

# DICHIARA

di essersi sottoposto al test sierologico e/o tampone con esito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il proprio medico

curante dott. (*nome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*cognome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_

e/o struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DI ESSERE CONSAPEVOLE

che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L’Azienda ASL effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Luogo, data

Firma

*(per esteso e leggibile)*