



Il sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

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

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

**di aver ricevuto dal proprio Dirigente Scolastico, a seguito di indagine epidemiologica di ATS Montagna, indicazione ad effettuare il tampone di fine sorveglianza in data \_\_\_\_\_ presso l'Ospedale di ESINE.**

Data

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

-----  
L'orario dell'appuntamento per eseguire il tampone sarà comunicato tramite SMS al numero fornito dalla Scuola.

Il referto sarà disponibile sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che deve essere attivato prima dell'effettuazione del tampone presso le sedi di ASST Valcamonica.