



AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA SINTOMI PER RIFIUTO ESECUZIONE TAMPONI PREVISTI

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato il _____
a _____ e residente a _____ in via
_____.

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in casi di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzioni per COVID - 19 per la tutela della salute della collettività.

Dichiara sotto la propria responsabilità che

il proprio figlio/a (nome e cognome) _____ nato il _____
iscritto alla classe _____ sez. _____

- è rimasto in quarantena dal giorno _____ al giorno _____
- che non ha presentato sintomi compatibili con infezioni da Sars-CoV-2 per tutto il periodo sopra indicato

LUOGO E DATA

FIRMA DEI GENITORI



ATTESTAZIONE DELL'EFFETTUAZIONE DEL TAMPONE E RICEVUTA DEL RISULTATO

Si attesta che (nome e cognome) _____, nato/a il ___/___/_____ ha
effettuato in data _____ un test per la ricerca di SARS-CoV-2 e che l'esito è stato comunicato
all'interessato secondo le modalità definite dall'Azienda ULSS.

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'OPERATORE
DELL'ULSS/AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

Da stampare e portare pre-compilato al Punto Tamponi