

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

**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:	
<b>D I C H I A R A</b>	
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 \_\_\_\_\_