

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
(Contatti stretti o a basso rischio)

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ residente in _____ (_____)
Via _____ Tel _____
Cell _____ e-mail _____

in qualità di (*genitore/tutore*) _____ del minore

COGNOME _____ NOME _____
CF _____ Data di Nascita _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di aver ricevuto da ATS Bergamo indicazione ad effettuare tampone molecolare in data presso il "punto tamponi scuola" ad accesso libero più vicino alla propria residenza.

(Firma del dichiarante)

Sono a conoscenza che il referto sarà reso disponibile sul FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), che mi impegno ad attivare c/o i Distretti S.S./CUP ospedalieri, prima dell'effettuazione del tampone.

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

Per punti tampone attivi consultare i seguenti link:

ASST BERGAMO EST

<http://www.asst-bergamoest.it/ITA/Default.aspx?SEZ=51&PAG=111&NOT=2353>

ASST BERGAMO OVEST

<https://www.asst-bgove.it/54.ASP?jump=newsArticle.asp&id=1402>

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

<https://www.asst-pg23.it/accoglienza-servizi/emergenza-covid-19/tamponi>