



**Istituto di Istruzione Secondaria Superiore
"Archimede"**

Via Sipione, 147 - 96019 Rosolini (SR)
Tel.0931/502286 – Fax: 0931/850007
e-mail: sris017003@istruzione.it - sris017003@pec.istruzione.it
C.F. 83001030895 - Cod. Mecc. SRIS017003
Codice Univoco Ufficio: UF5C1Y
www.istitutosuperiorearchimede.edu.it

AUTODICHIARAZIONE

(AI SENSI DEGLI ARTT. N.46 E 47 D.P.R. N.445/2000)

PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS CoV-2

PRESSO LABORATORIO DI ANALISI CONVENZIONATO

La/Il sottoscritta/o nata/o il.....
a (.....), residente in (.....)
via..... e domiciliata/o in
(.....) via.....
Identificata/o per mezzo dirilasciato dain
datatelefono

genitore dello/a studente/ssa.....
frequentante la classe.....dell'I.I.S.S. "Archimede" di Rosolini (SR)
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art.495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere genitore della/o studente/ssa e di voler usufruire della convenzione stipulata tra il Vostro Laboratorio di Analisi Cliniche e il Comune di Rosolini (prot. 458 del 08/01/2021) per essere sottoposta/o a prezzo agevolato a tampone rino-faringeo per la ricerca dell'antigene SARS- Cov2.

Acconsente al trattamento dei dati a fini di prevenzione del contagio Covid-19 consapevole che in caso di test positivo si procederà alla segnalazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territoriale competente.

Rosolini,

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO

.....