

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica

**PRESCRIZIONE TEST ANTIGENICO RAPIDO -PERCORSO SCUOLA AI FINI DI ESECUZIONE
DEI TAMPONI SCOLASTICI PREVISTI DAL D.L. N.2427/ RPQ del 16.01.2022**

La presente prescrizione di testing autorizza l'interessato, che dichiara l'appartenenza al gruppo classe posto in **QUARANTENA**, a **fruire gratuitamente del test antigenico rapido presso MMG e PLS**, Farmacie che aderiscono agli accordi, in forza delle Ordinanze del Presidente di Regione Liguria n.1/2022 e n.2/2022.

I tamponi devono essere eseguiti con le seguenti modalità:

- **T10** per alunni / personale scolastico (circolare 60136 del 30/12/2021)
- **T5** per il personale scolastico (circolare 60136 del 30/12/2021)

**Il Direttore della Struttura Complessa
Igiene e Sanità Pubblica
Dott.ssa Anna OPISSO**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.lgs. 39/93

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____, Codice Fiscale _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
in _____ n. _____
in nome proprio o nella sua qualità di genitore/tutore di _____
nato a _____ il _____ studente della classe / personale scolastico _____
dell'Istituto scolastico _____
sottoposta a **QUARANTENA** dal Dipartimento di Prevenzione di ASL3
a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

DICHIARA

- Che la classe indicata è sottoposta a **QUARANTENA** da parte del Dipartimento di Prevenzione di ASL3;
- Che lo studente indicato frequenta la classe sottoposta a **QUARANTENA**.

Luogo, : _____ lì _____

Firma _____

Si Allega copia del documento di identità