**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*barrare solo in caso di Genitore/Tutore di minore che risulta contatto scolastico)*

**DEL MINORE**

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* **di aver ricevuto da ATS in data …………… comunicazione circa la possibilità di effettuare il tampone presso il “punto tamponi scuola” con accesso libero più vicino alla propria residenza;**
* **che risulta trascorso un periodo di quarantena di 14 giorni senza sintomatologia dall’ultimo contatto con il caso positivo;**
* **che si impegna a rimanere in quarantena fino ad esito negativo del tampone.**

E’ altresì a conoscenza che il referto sarà reso disponibile sul FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), che si impegna di attivare c/o i Distretti S.S./CUP ospedalieri/Farmacie, prima dell’effettuazione del tampone.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma del dichiarante)

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASST BERGAMO EST**

Da lunedì a sabato dalle 9.00 alle 13.00:

Centro sportivo **Seriate** (Corso Roma, 1)

Ospedale **Alzano Lombardo** (via G. Mazzini 88)

Ospedale **Piario** (via Groppino 22): presso le tende adiacenti all’ingresso;

**Lovere,** presso il Centro Culturale sito in Via delle Baracche.

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

**ASST BERGAMO OVEST**

* Drive - Through presso Fiera **Treviglio**,via Masano dalle ore 09.00 alle ore 13.00, da lunedì a sabato [attivo dal 16/09]
* Presso l’Unità d’offerta di **Ponte San Pietro** in via Adda n. 18 al piano terra dalle ore 09.00 alle ore 13.00, da lunedì a venerdì [attivo dal 17/09]
* Drive - Through a **Martinengo** in Via Gramsci (di fronte alla Sede degli Alpini) dalle ore 09.00 alle ore 13.00, da lunedì a venerdì [attivo dal 25/09]
* Drive - Through a **Dalmine** in Piazzale Piscine dalle ore 09.00 alle ore 13.00,da lunedì a sabato [attivo dall'01/10]

Consultare per sicurezza il link : <http://www.asst-bgovest.it/54.ASP?jump=newsArticle.asp&id=1290>

**ASST PAPA GIOVANNI**

- al Presidio Matteo Rota di Bergamo**,** Via Garibaldi 11/13 - da lunedì a sabato, dalle 8,30 alle 13,30. Ingresso tramite scale oppure ascensore presente sul retro. Presentarsi al piano rialzato alla postazione amministrativa.

- al Punto prelievi dell'[Ospedale di San Giovanni Bianco](http://www.asst-pg23.it/section/2024/Ospedale_Civile_di_San_Giovanni_Bianco), da lunedì a sabato, dalle 10 alle 14. Da lunedì a venerdì premere il pulsante "Linea tamponi scuola" al Cup e attendere la chiamata. Il sabato rivolgersi alla portineria

Consultare per sicurezza il link: <http://www.asst-pg23.it/ricerca.php?search-text=&Keyword=tamponi+scuola>