

**MODELLO DICHIARAZIONE SCUOLE – ALUNNI MAGGIORENNI E PERSONALE SCOLASTICO**

**AUTODICHIARAZIONE PER EFFETTUAZIONE DEL TEST DIAGNOSTICO PER COVID-19**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ -il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_, n. tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

\_Alunno

-Personale Docente

-Personale non Docente

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

**CHIEDE**

Di voler effettuare il tampone antigenico presso l'area Mercatale del Comune di Castrovillari.

**DICHIARA**

di essere studente presso \_\_\_\_\_

di essere in servizio in qualità di personale docente/non docente presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fornisce il CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679")

Castrovillari \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_