

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. n.445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ Residente a _____ in via _____

Codice fiscale _____

In qualità di genitore/tutore dell'alunno/a

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____ nato/a _____

Il _____ Residente a _____ in via _____

frequentante la classe/sezione _____ Scuola (Infanzia – Primaria - Secondaria) _____

del Plesso di _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 T.U. 445/2000, cui possono andare incontro, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della scuola,

DICHIARA CHE

l'esito del test antigenico autosomministrato per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2, a cui mio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a in data.....sotto la mia personale responsabilità genitoriale, è NEGATIVO.

Qualsiasi variazione a quanto dichiarato deve essere immediatamente comunicata alla scuola e deve essere contattato il medico curante per gli ulteriori accertamenti.

Data _____

Firma 1 _____

Firma 2 _____

Allegare copia di un documento di riconoscimento valido