

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

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

**TAMPONE AUTOSOMMINISTRATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_

della Scuola

- Dell'infanzia di \_\_\_\_\_
- Primaria di \_\_\_\_\_
- Secondaria di I grado 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 entro le 48 h dal rientro in classe 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

\_\_\_\_\_

Allegare copia di un documento di riconoscimento valido