



AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO DOPO SINTOMI

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato il _____
a _____ e residente a _____ in via

genitore/tutore di (nome e cognome) _____ nato il _____
iscritto alla classe _____ sez. _____

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in casi di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzioni per COVID - 19 per la tutela della salute della collettività.

Dichiara sotto la propria responsabilità che

- ha contattato il/la PLS/MMG
Dr/Dr.ssa _____ in data _____
- ha effettuato il tampone antigenico rapido/molecolare con esito negativo
- il PLS/MMG ha dato parere positivo per il rientro in presenza presso l'istituto Scolastico.

LUOGO E DATA

FIRMA DEI GENITORI
