

**COVID-19 TEST ANTIGENICO AUTO-SOMMINISTRATO
AUTODICHIARAZIONE (Art. 47 D.P.R. n.445/2000)**

Io sottoscritto
(nome) _____ (cognome) _____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente a _____ prov. _____

In via _____ n. _____

Domiciliato a (compilare solo se diverso dalla residenza)
_____ prov. _____

In via _____ n. _____

Telefono _____ e-mail _____

Genitore/tutore/affidatario dell'alunna/o

(nome) _____ (cognome) _____

Frequentante per l'a.s. 202__/202__ la classe _____ sezione _____

Plesso _____ dell'I.C. "Berlinguer" ai fini di quanto previsto

L'anno _____ addì _____ del mese di _____ i sottoscritti _____

_____ genitori dell'alunno/a _____ iscritto

alla classe _____ sez. _____ della scuola _____ di _____,

consapevoli 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,

D I C H I A R A C H E

l'esito del test antigenico autosomministrato per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 è negativo.

Luogo e data: _____

Firma

Allegare copia di un documento di riconoscimento valido