



AUTOCERTIFICAZIONE PER SOSPETTI SINTOMI COVID-19

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

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

il proprio figlio/a (nome e cognome) _____ nato il _____
iscritto alla classe _____ sez. _____ ha contattato il proprio Pediatra di Libera Scelta
Dr/Dr.ssa _____ in data _____ che
ha dato parere positivo per il rientro in presenza presso l'istituto Scolastico senza l'esecuzione di tampone

LUOGO E DATA

FIRMA DEI GENITORI
