

Castellammare di Stabia, _____

Al coordinatore di classe

Oggetto: Autocertificazione per attestazione esito negativo del test antigenico autosomministrato *ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445*

Io sottoscritto (nome e cognome) _____ nato/a il ___/___/___ a
_____ c.f. _____ genitore di _____ nato/a il
___/___/___ a _____ c.f. _____
classe ___ sez ___ plesso _____

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

L'utilizzo per il/la proprio/a figlio/ di un test antigenico rapido autosomministrato per la rilevazione di SARS-CoV-2

- alla prima comparsa dei sintomi;
- (per persistenza dei sintomi) al quinto giorno dall'ultimo contatto stretto con caso confermato positivo al COVID);

E ATTESTA

l'esito negativo del test all'infezione da SARS-CoV-2

Firma
