

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA FREQUENZA in DaD
IN CASO DI 2 POSITIVI NELLA CLASSE**

Il/La sottoscritto/a _____

padre/madre/facente funzione genitoriale dell'alunno/a
(cancellare le voci che non interessano)

_____ frequentante la
classe ____ Sez. ____ nell'Anno Scolastico 202__ / 202__

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000):

1) Che il proprio figlio/a:

- non è vaccinato**
- non ha concluso** il ciclo vaccinale primario (prime due dosi)
- ha concluso** il ciclo vaccinale primario (prime due dosi) da più di centoventi giorni e non ha effettuato la dose di richiamo
- è guarito** da più di centoventi giorni e non ha effettuato la dose di richiamo

2) Che il proprio figlio/a:

- ha concluso** il ciclo vaccinale primario (prime due dosi) da meno di centoventi giorni ma che i 120 giorni si concluderanno il ____ / ____ / 202____, quando la classe sarà ancora interessata da provvedimenti restrittivi
- è guarito** da più di centoventi giorni ma che i 120 giorni si concluderanno il ____ / ____ / 202____, quando la classe sarà ancora interessata da provvedimenti restrittivi

Pertanto

COMUNICA

L'impossibilità, ai sensi della normativa vigente, a frequentare in presenza a partire dal ____ / ____ / 202____

Cagliari, ____ / ____ / 202____

In Fede

Firma
