

AUTOCERTIFICAZIONE NEGATIVITÀ TAMPONE

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__

consapevole che chiunque rilascia 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

DICHIARA

- Di appartenere ad una classe ove sono presenti almeno 4 positivi
- Di aver effettuato un test antigenico (rapido o autosomministrato) o un test molecolare il ____ / ____ / 202__ , a causa della comparsa di sintomi compatibili con quelli da affezione dovuta a SARS-COVID19

che ha dato **esito negativo**.

Cagliari, ____ / ____ / 202__

Firma
