

**AUTOCERTIFICAZIONE PER ATTESTAZIONE ESITO NEGATIVO DEL TEST ANTIGENICO AUTOSOMMINISTRATO
AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____

genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____

frequentante la classe ___ sez ___ plesso _____

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n.45/2000 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di aver utilizzato per il/la proprio/a figlio/a un test antigenico rapido autosomministrato per la rilevazione di SARS-CoV-2

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

E ATTESTA

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

Luogo e data

Firma del genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

-----|i -----
