

COVID-19 – TEST ANTIGENICO AUTO – SOMMINISTRATO

AUTODICHIARAZIONE (DPR 445/2000, art. 46 e 47)

Io sottoscritt* (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____

domiciliato a (compilare solo se diverso da residenza) _____ prov. _____

in via _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____ ,

genitore/tutore/affidatario dell'alunn*

(nome) _____ (cognome) _____

frequentante per l'a.s. 202____/202____ la classe _____ sezione _____ plesso _____

ai fini di quanto previsto dal DECRETO-LEGGE 4 febbraio 2022, n. 5

DICHIARO

che l'alunn* su indicat* a seguito di contatto di caso in data _____ ha presentato sintomi in data _____ e si è sottopost* in data _____ ad un test rapido auto – somministrato.

SONO CONSAPEVOLE CHE le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Dichiaro inoltre di aver preso visione dell'informativa privacy presente sul sito istituzionale al link <http://direzionedidatticamontesilvano.edu.it/media/informativa%20stato%20vaccinale.pdf> e di acconsentire al trattamento dei dati personali.

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

Il test è risultato:

☐ POSITIVO

☐ NEGATIVO

Luogo e data,

Firma del dichiarante _____