

**AUTOCERTIFICAZIONE PER SOSPETTI SINTOMI COVID-19**

Il sottoscritto, genitore/tutore (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_.

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in casi di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzioni per COVID - 19 per la tutela della salute della collettività.

Dichiara sotto la propria responsabilità che

ha contattato il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale  
Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ che  
ha dato parere positivo per il rientro in presenza presso l'istituto Scolastico senza l'esecuzione di tampone per il  
proprio figlio/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
iscritto alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_,

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI

\_\_\_\_\_