



## AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO DOPO SINTOMI

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_

genitore/tutore di (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
iscritto alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

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/la PLS/MMG  
Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- ha effettuato il tampone antigenico rapido/molecolare con esito negativo
- il PLS/MMG ha dato parere positivo per il rientro in presenza presso l'istituto Scolastico.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI

\_\_\_\_\_