

AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO DA POSITIVITA' COVID 19

AL COORDINATORE DI CLASSE/
ALLE DOCENTI DI SEZIONE

Oggetto: autocertificazione per rientro a scuola.

Il/la sottoscritt _____

Genitore dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ PR (____) il _____

Residente a _____ PR (____)

Via _____ n° _____

Frequentante la sezione _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

(crocettare le voci corrispondenti alla dichiarazione)

- di aver consultato il proprio Pediatra di libera scelta e di essersi attenuto alle sue prescrizioni;
- di aver sottoposto il/la proprio/a figlio/a al secondo tampone come da indicazioni del pediatra di libera scelta o da ATS ed aver avuto esito NEGATIVO (si allega copia dell'esito tampone);
- di aver concluso l'isolamento fiduciario (quarantena) dopo 21 giorni, senza sintomatologia negli ultimi sette giorni (se in possesso di esito tampone o di certificato del PLS allegarlo alla presente)

Cernusco sul Naviglio, _____

Firma _____