

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____
_____ recapito telefonico _____ indirizzo
e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA, a norma del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

1. Che l'assenza alle lezioni del proprio figlio/a:

Cognome:..... Nome:.....

Nato/a a:..... il

Frequentante la classe:.....

Scuola primaria:

Scuola secondaria di primo grado:

Scuola Secondaria di secondo grado: LAO LSO

Dei giorni.....

È avvenuta per situazioni non riconducibili a positività o sintomatologie COVID-19 e, dunque, che l'allievo / a:

- a) non è soggetto a positività COVID-19 o affetto da sintomatologie riconducibili a COVID-19;
- b) non è stato nei 15 giorni precedenti in contatto con persone soggette a positività COVID-19 o affette da sintomatologie riconducibili a COVID-19.

2. Per accertarsi dei punti di cui sopra (a e b) dichiara che in data.....
ha contattato il Pediatra / Medico curante

dott.

con studio in:.....

recapito telefonico:.....

recapito mail:.....

Data:.....

Firma del genitore:

.....