

**AUTODICHIARAZIONE TEST ANTIGENICO AUTOSOMMINISTRATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, frequentante la

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a può essere ammesso a scuola poiché il **test COVID antigenico autosomministrato ha dato esito NEGATIVO**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_