

**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
