

## AUTOCERTIFICAZIONE RISULTATO NEGATIVO - TEST AUTOSOMMINISTRATO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

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

### DICHIARA

Di aver effettuato un tampone autosomministrato (fai-da-te) al figlio/a sopra indicato, nel giorno

\_\_\_\_\_ il cui risultato è **NEGATIVO**.

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

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_