

## AUTODICHIARAZIONE TAMPONE AUTOSOMMINISTRATO NEL PERIODO DI SORVEGLIANZA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, in qualità di genitore (o  
titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_

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 SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

L'utilizzo per il/la proprio/a figlia/a di un test antigenico rapido autosomministrato in data \_\_\_\_\_ per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2, così come previsto dal Decreto Legge n. 5 del 04.02.2022, e che l'esito dello stesso è

- POSITIVO
- NEGATIVO

Indicare sintomi per i quali si è ritenuto necessario eseguire il tampone autosomministrato nel periodo di sorveglianza.

- Febbre > 37.5
- Raffreddore
- Mal di testa
- Altro \_\_\_\_\_

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

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_