

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2020

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza/Corso _____ genitore dello studente _____
_____ iscritto alla classe _____ sez. _____
estremi documento di riconoscimento (C.I./P.A.) _____ n. _____
rilasciato dal Comune/Motorizzazione Civile _____ in data _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che il/la proprio/a figlio/a

- e' stato assente per motivi di famiglia;
- non ha avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19;
- non ha avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19;
- non ha avuto negli ultimi quattordici giorni sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali la temperatura superiore a 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto e dell'olfatto);
- non ha in corso sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali la temperatura superiore a 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto e dell'olfatto).

Pertanto si richiede la riammissione a scuola.

Luogo e data

Firma