***COVID-19 – TEST ANTIGENICO AUTO – SOMMINISTRATO***

( non valido per il rientro dopo la quarantena)

***AUTODICHIARAZIONE (DPR 445/2000, art. 46 e 47)***

Io sottoscritt\* (nome) (cognome) nato/a il a prov. residente a \_ prov. in via n.

domiciliato a (compilare solo se diverso da residenza) prov.

in

via n. telefono

e-mail ,

genitore/tutore/affidatario dell’alunn\* (nome) (cognome)

, frequentante per l’a.s. 202 /202 la classe

sezione plesso dell’I.C. “VIA POPPEA SABINA ”, ai fini di quanto previsto dal DECRETO-LEGGE 4 febbraio 2022, n. 5

DICHIARO

che l’alunn\* su indicat\* a seguito di contatto di caso in data ha presentato sintomi in data

e si è sottopost\* in data ad un test rapido auto – somministrato.

Il test è risultato:

[ ] POSITIVO [ ] NEGATIVO

SONO CONSAPEVOLE CHE le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Dichiaro inoltre di aver preso visione dell’informativa privacy presente sul sito istituzionale al link

<https://icviapoppeasabina.edu.it/note-legali/privacy/> e di acconsentire al trattamento dei dati personali.

*Luogo e data, Firma del dichiarante*

# ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D’IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’.