

AUTOCERTIFICAZIONE DI ESITO (*modulo solo per INFANZIA e PRIMARIA*)  
“TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO COVID-19 PER USO AUTODIAGNOSTICO”  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Al Dirigente scolastico  
I.C. “G.Falcone”  
Sassano (SA)

**GENITORE 1)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

e

**GENITORE 2)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**GENITORI/TUTORI LEGALI**

consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. PRESA CONOSCENZA delle indicazioni di cui all’art. 6, comma 1, lettera a), punto 1 – ultimo periodo e lettera b), punto 1 – ultimo periodo del D.L. n. 5 del 04-02-2022 ‘*in caso di utilizzo del test antigenico autosomministrato l’esito negativo è attestato tramite autocertificazione*’

**DICHIARANO**

sotto la propria responsabilità

CHE

Il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

con sintomi suggestivi di possibile infezione da SARS-CoV-2 ha: (*spuntare la voce che interessa*)

- Effettuato un test antigenico autosomministrato, alla prima comparsa dei sintomi, **con esito NEGATIVO**;
- Effettuato, in auto somministrazione, alla prima comparsa dei sintomi un test antigenico e, perdurando i sintomi, un ulteriore test antigenico al quinto giorno successivo alla data dell’ultimo contatto. Entrambi i test hanno avuto **esito NEGATIVO**.

E pertanto **RICHIEDE/NO**

che l’attività didattica del proprio figlio prosegua in presenza con l’utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie tipo FFP2 così come previsto dalla vigente normativa.

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione. Dichiarano, infine, di essere informati ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del genitore/tutore/affidatario**

\_\_\_\_\_