



**AUTODICHIARAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Genitore/tutore legale dell'alunno \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(oppure, per alunni maggiorenni)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dichiara che

Il tampone prescritto è stato effettuato presso il covid point di \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il test effettuato ha dato esito **NEGATIVO**

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_