

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**  
**(contatto di caso Covid)**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

in qualità di *(genitore/tutore)* \_\_\_\_\_ del minore

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

della Classe \_\_\_\_\_ Scuola/UdO \_\_\_\_\_

AI FINI DEL SUO RIENTRO A SCUOLA,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

**che** *(il proprio figlio/a in caso di minore):*

- ha rispettato la quarantena indicata da ATS, e a conclusione della stessa ha eseguito un tampone molecolare con esito negativo che si allega;**
- ha rispettato la quarantena indicata da ATS senza aver mai manifestato sintomi riconducibili a COVID.**

Data .....

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)