

**AUTODICHIARAZIONE ESITO TAMPONE COVID-19**

*Resa ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. N.445/2000*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) e residente a \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore  
dello/a studente/essa \_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ di codesto Istituto, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di  
dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p), e consapevole dell'importanza del rispetto  
delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di Covid-19 per la tutela della salute della  
collettività, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- che il /la proprio/a figlio/a è risultato/a positivo al covid-19 in seguito a tampone molecolare / antigenico in data \_\_\_\_\_
- che l'ultimo giorno di frequenza a scuola è stato il \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia del documento di identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a**

\_\_\_\_\_