

**Oggetto: Autodichiarazione risultato test antigenico rapido in autosomministrazione**

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

CF \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ Tel

\_\_\_\_\_ in qualità di GENITORE DEL MINORE

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ della:

Scuola dell'infanzia di \_\_\_\_\_

Scuola Primaria di \_\_\_\_\_

Scuola secondaria di primo grado di \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Che il/la proprio/a figlio/a

ha effettuato un test antigenico rapido in autosomministrazione con risultato negativo

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

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