



## AUTOCERTIFICAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO AUTOSOMMINISTRATO

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

n. tel./cell. \_\_\_\_\_ mail. \_\_\_\_\_

personale dipendente della scuola

genitore/esercitante la responsabilità genitoriale/tutore dell'alunno/a

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

frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR 445/2000:

### **DICHIARA** (barrare uno dei casi)

- in seguito all'insorgere di sintomi di avere effettuato un test antigenico rapido o molecolare (allega esito).
- in seguito all'insorgere di sintomi di avere effettuato un test antigenico autosomministrato per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 che è risultato negativo.
- in seguito al permanere dei sintomi di avere effettuato dopo 5 giorni un test antigenico autosomministrato per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 che è risultato negativo.

Data , \_\_\_\_\_

In fede (firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione può essere consegnata, unitamente ad eventuali allegati, direttamente a scuola.