

**AUTODICHIARAZIONE ESITO TAMPONE MOLECOLARE O ANTIGENICO O AUTOSOMMINISTRATO AL 5° GIORNO DAL CONTATTO SCOLASTICO (ALUNNI SINTOMATICI)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola, poiché l'estivo del tampone molecolare-antigenico-autosomministrato è negativo

Il figlio/a risultato sintomatico al 5° giorno dal contatto scolastico con caso positivo:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)
- ha seguito le indicazioni fornite
- non presenta più sintomi
- presenta una temperatura misurata prima dell'avvio a scuola di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_