

**AUTODICHIARAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA**

Il sottoscritto

Genitore/tutore legale dell’alunno \_, nato/a il / /

(oppure, per alunni maggiorenni)

Il sottoscritto , nato/a il / /

Dichiara che

Il tampone prescritto è stato effettuato presso il covid point di in data

/ /

Il test effettuato ha dato esito **NEGATIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| LUOGO E DATA | FIRMA |
|  |  |