

**AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO ALUNNI A SCUOLA DOPO QUARANTENA
FIDUCIARIA PER CONTATTO STRETTO CASO COVID 19 SENZA EVIDENZA DI
VARIANTE**

Il/la sottoscritto/a _____, genitore dell'alunno/a
_____ nato/a _____,
il _____, residente a _____ Via _____ n. _____
frequentante la classe _____ presso la scuola _____

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

- che il proprio figlio/a ha osservato il periodo di quarantena indicato da ATS Valpadana (dal giorno _____ al giorno _____ compreso)
- che il proprio figlio, durante i giorni di quarantena non ha manifestato sintomi riconducibili alla sintomatologia da Covid19.

Data, _____

Firma genitore
