

Al Dirigente Scolastico

**AUTOCERTIFICAZIONE TEST FAI DA TE COVID-19**  
**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare  
della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
classe/sezione \_\_\_\_\_ plesso/sede \_\_\_\_\_  
consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445  
in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione  
finalizzate alla diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

- di aver effettuato un test diagnostico autosomministrato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al proprio/a figlio/a
- di aver rilevato esito  positivo  negativo
- di aver comunicato l'esito positivo al pediatra/medico di famiglia (*indicare nome e cognome del pediatra/medico*) \_\_\_\_\_ per gli adempimenti di competenza.

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

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_