**Modulo A – ALUNNI**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’I. C. “G. Tomasi di Lampedusa”**

**Gravina di Catania**

AUTODICHIARAZIONE

RIENTRO A SCUOLA DEGLI ALUNNI DOPO IL COVID-19 SENZA EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO O MOLECOLARE

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore del minore Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola dell’infanzia/primaria/secondaria di I grado (cancellare le voci che non servono) di questo Istituto scolastico

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l’uso di atti falsi

DICHIARA

che, dopo aver contratto il virus Covid-19, come previsto dalla Circolare del Ministero della salute n. 51961 del 31/12/2022, **il minore** **rientra a scuola senza effettuazione del test antigenico o molecolare**, dopo 5 giorni dal primo test positivo ovvero dopo 5 giorni dalla comparsa dei sintomi,

□ perché è sempre stato asintomatico

□ perché comunque non presenta sintomi da almeno 2 giorni

(barrare la casella interessata)

Data Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_