

**Autocertificazione per attestazione esito negativo del test antigenico autosomministrato**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della Scuola dell'infanzia/primaria

plesso \_\_\_\_\_, consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR 28.12.2000 n.445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato DPR; ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARANO che**

1) hanno eseguito al proprio figlio/a un test antigenico autosomministrato in data \_\_\_\_\_

con esito **NEGATIVO**.

Data \_\_\_\_\_

Il padre (o tutore legale) \_\_\_\_\_

La madre (o tutrice legale) \_\_\_\_\_

*Compilare in caso di firma di un solo genitore/tutore:*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per il rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000,

**DICHIARA**

di aver effettuato la presente dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 317 e 337 Bis e Quater del Codice civile.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_