

ALL. 2

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N.
445/2000
(contatto di caso Covid)**

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
residente in _____ (_____) Via _____
in qualità di (*genitore/tutore*) _____ del minore

COGNOME _____ NOME _____
della Classe _____ Scuola _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai fini del suo rientro a scuola, che il proprio figlio/a ha rispettato la quarantena indicata da ATS, in quanto contatto stretto di caso COVID positivo, e a conclusione della stessa ha eseguito un tampone molecolare con esito negativo.

Data

(Firma del dichiarante)