Alla Dirigente scolastica

Dell’Istituto Comprensivo di Vigodarzere

Padova

**AUTOCERTIFICAZIONE**

|  |
| --- |
| Dichiarazione sostitutiva di certificazioni/dell’atto di notorietà (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) |
| La/Il sottoscritta/o |
| Nata/o a (Prov.) il .. / .. / ….. |
| Residente in |
| Documento di riconoscimento |
| CODICE FISCALE |
| Telefono cellulare: |
| con assistenza sanitaria presso l’Azienda USL di |
| a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del DPR28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale  cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché di quanto prescritto  dall’art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al  provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n.  445/2000 e sotto la propria personale responsabilità |
| D I C H I A R A che tutte le informazioni di seguito riportate sono veritiere. |
| Letto, confermato e sottoscritto     La/il dichiarante |
| Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data …./…./……. |

**DICHIARO**

che mia/o figlia/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

⮚ è stata/o posta/o in isolamento in data …./…./……. dall’Azienda Unità Sanitaria Locale di ….………………… (tampone che ha rilevato la positività eseguito in data …. / …. / …….. presso ………………………………………)

⮚ di NON AVERE ANCORA RICEVUTO documento/comunicazione da parte della stessa AUSL

⮚ di avere eseguito in data …. / .... / …….. il test (molecolare o antigenico) previsto per valutare la chiusura della condizione dello stato di cui sopra presso la Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di avere ricevuto la stampa di detto esito.

Data e luogo

 Firma dei genitori

 Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_