**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 47 D.P.R. n.445/2000)**

Il/la sottoscritto/a nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore dell’alunno/a

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante il plesso di:

* Sassari 8° Circolo (indicare classe e sezione)
* Via Duca degli Abruzzi (indicare classe e sezione)
* Località Rizzeddu Via Washington e Via Rockefeller (indicare classe e sezione)
* Via Catalocchino (indicare sezione)
* Quartiere Rizzeddu Via Madrid (indicare sezione)
* Quartiere Rizzeddu Via Washington (indicare sezione)
* Via Monte Grappa (indicare classe e sezione)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 T.U. 445/2000, cui possono andare incontro, anche in relazione al rischio di contagio all’interno della scuola,

**DICHIARA CHE**

**l’esito del test antigenico autosomministrato per la rilevazione dell’antigene SARS-CoV-2, a cui mio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a in data........................sotto la mia personale responsabilità genitoriale, è NEGATIVO.**

Qualsiasi variazione a quanto dichiarato deve essere immediatamente comunicata alla scuola e deve essere contattato il medico curante per gli ulteriori accertamenti.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegare copia di un documento di riconoscimento valido**