

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
(ALUNNO/A contatto stretto di caso Covid positivo in ASSENZA DI VARIANTE)**

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 scolastico di caso COVID positivo, senza aver mai manifestato sintomi
riconducibili a COVID.**

Data.....

(Firma del dichiarante)