**AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA**

I sottoscritti ……………………………………………………………………………………………………………….

Nati il…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Genitori/tutori legali dello studente……………………………………………………………………………………….

Oppure per gli studenti maggiorenni

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………………………………….

Nato il………

Frequentante la classe………………………. del Liceo Artistico, Liceo Classico, Liceo Scientifico,

 IPSIA – Manutenzione e Assistenza Tecnica, IPSASR- Agrario

**DICHIARA/DICHIARANO**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente, che

il tampone prescritto è stato effettuato presso…………………………………………………………………………..

in data ………………………………………..

I test effettuato ha dato esito **NEGATIVO**

 di avere già trasmesso il provvedimento di guarigione alla scuola in data…………………………………..

Luogo e data Firma