

Al Dirigente scolastico

---

Oggetto: **AUTOCERTIFICAZIONE DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI TEST ANTIGENICO**

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm., sotto la propria personale responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

la/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, nata/o il \_\_\_\_\_,  
nel Comune (oppure Stato Estero ) \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_,  
e residente nel Comune di \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_,  
in via/piazza \_\_\_\_\_,  
documento identità\* \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ valido sino al \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- **di aver autosomministrato in data / / il test antigenico** alla/al propria/o figlia/o

\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
frequentante il \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ scuola  
\_\_\_\_\_, per la rilevazione  
dell'antigene SARS-COV-2 e che ha avuto esito **NEGATIVO**.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 e ss.mm., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede,

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

---

\*specificare se carta identità o patente