

**AUTOCERTIFICAZIONE TEST ANTIGENICO AUTOSOMMINISTRATO**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività, incluso il Decreto Legge n. 5 del 4 febbraio 2022, che dispone l'obbligo di effettuare un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto.

**DICHIARA**

di aver somministrato all'alunno/studente \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

nel rispetto della normativa vigente, un **test antigenico autosomministrato** per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 in data \_\_\_\_\_ e che il test ha dato **esito negativo**.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_