|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE“Paride Del Pozzo” 🖂 Via S. Spirito, 6 - PIMONTE (NA) - C.A.P.: 80050 - 🕿*Tel*: 0818792130 - *Fax*: 0818749957  *🖃 NAIC86400X@istruzione.it* - [*http://www.icsdelpozzo.edu.it*](http://www.icsdelpozzo.edu.it)  *PEC: NAIC86400X@pec.istruzione.it*  **C.MEC. NAIC86400X C.F. 82008870634** | logo |

**AUTODICHIARAZIONE ai sensi dell’art. 6 del DL n. 5 del 04/02/2022**

Il/La sottoscritto/a……………………………………………. nato/a il……………………………… a…………………………………… genitore/tutore dell’alunno/a ………..…………………………… frequentante la scuola dell’infanzia sc. primaria sc. secondaria di I grado

classe …………….. sez................. plesso ………………, consapevole delle conseguenze penali

previste in caso di dichiarazioni mendaci (ai sensi dell’art.76 del DPR 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l’alunno/a………………………………………………………….

ha effettuato test antigenico AUTOSOMMINISTRATO con esito NEGATIVO

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all’interno di questa struttura; pertanto, presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell’emergenza da Covid-19.

Data ……/……/………. Firma ……………………………………………….