

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "CITTA' DI CASTIGLION FIORENTINO"

Oggetto: autocertificazione per rientro scolastico con tampone autosomministrato.

I sottoscritti _____

genitori dello/a alunno/a _____ frequentante la

classe _____ sez. _____ scuola _____

ai sensi del DPR 445/2000 dichiarano di aver effettuato un test antigenico autosomministrato in

data _____ con esito negativo.

Firma

