

AUTOCERTIFICAZIONE

Resa ai sensi del D.P.R.445 /2000

RISPONDERE CON UNA **X** SU **SI** o **NO**

	L'Alunno è vaccinato? (se SI controllare solo il punto 1 ai fini dell'autocertificazione)	SI	NO
	L'Alunno è vaccinato? (se NO controllare tutti i punti ai fini dell'autocertificazione)	SI	NO
	Le risposte sul Vaccino sono facoltative, per la tutela sulla privacy pertanto in caso di mancata risposta bisogna controllare tutti i punti da 1 a 4		
1	TRA I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DELL'ALUNNO C'E' QUALCHE COMPONENTE CON SINTOMI RICONDUCIBILI AL COVID (anche lieve)?	SI	NO
2	L'Alunno ha SINTOMI RICONDUCIBILE AL COVID, anche di lieve entità?	SI	NO
3	TRA I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE c'è qualche POSITIVITA'	SI	NO
4	Sono stati effettuati TAMPONI e si è IN ATTESA DI ESITO tra i componenti del NUCLEO FAMILIARE?	SI	NO
	Firma	Data	
	Padre		
	Mamma		
SOLO CON TUTTI I "NO" DAL PUNTO 1 AL PUNTO 4			
SI POTRA' RIENTRARE A SCUOLA			