

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Allievo/a:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Il _____

Chi esercita la patria potestà del minore:

Nome _____ Cognome _____

Telefono _____ Cell. _____

Mail _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- che l'allievo non ha avuto febbre nei 14 giorni antecedenti l'inizio del turno prescelto.

Luogo e data

F I R M A _____