



AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA

Io sottoscritto _____ in qualità di genitore o esercente la
responsabilità genitoriale di _____
della Classe _____ Sezione _____

DICHIARO

Che mio/a figlio/a _____ non presenta febbre o sintomi
suggestivi di sospetta infezione da SARS-CoV-2 come nel DPCM del 07/09/2020.

Data _____

In fede
