

AUTOCERTIFICAZIONE PER ESECUZIONE TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO o
TAMPONE MOLECOLARE COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. _____), cittadinanza _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, nonché delle sanzioni previste dall'Art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n.33

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere:

- Studente;
- Docente;
- Operatore scolastico;
- Operatore dei servizi per l'infanzia;
- Operatore Scuole formazione professionale;
- Autista/ Controllore del trasporto scolastico;
- Soggetto che ha contratto infezione Covid-19 dopo la prima dose vaccinale con certificato di guarigione scaduto;
- Esente dalla vaccinazione;

di doversi recare a visitare un ospite ricoverato presso la RSA: _____

lì, _____ FIRMA _____