



AUTOCERTIFICAZIONE

SE ALUNNO MAGGIORENNE

Il sottoscritto nato a (.....)
(Cognome e Nome)

il/...../....., residente in (.....) via n
frequentante la classe sez

DICHIARA

(barrare una delle seguenti opzioni)

- di avere concluso il ciclo vaccinale primario da meno di centoventi giorni
- di essere guarito dal Covid 19 da meno di centoventi giorni
- aver completato il ciclo vaccinale primario, oppure di avere effettuato la dose di richiamo

e pertanto si trova in una delle condizioni previste dal D.L. n. 5 del 04/2/22 per continuare l'attività didattica in presenza con l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2

Cittanova

Firma

.....

SE ALUNNO MINORENNE

Il sottoscritto nato a (.....)
(Cognome e Nome)

il/...../....., residente in (.....) via n

PADRE/MADRE (allegare il documento d'identità) dell'alunno

frequentante la classe sez

DICHIARA

(barrare una delle seguenti opzioni)

che il/la proprio/a figlio/a

- ha concluso il ciclo vaccinale primario da meno di centoventi giorni
- è guarito dal Covid 19 da meno di centoventi giorni
- ha completato il ciclo vaccinale primario, oppure ha effettuato la dose di richiamo

e pertanto si trova in una delle condizioni previste dal D.L. n. 5 del 04/2/22 per continuare l'attività didattica in presenza con l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2

Cittanova

Firma

.....