Al Dirigente Scolastico

I.C. “G. Stroffolini

Casapulla

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)**

**(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

**COVID-19 – TEST SIEROLOGICO E/O TAMPONE AUTODICHIARAZIONE PER IL PERSONALE SCOLASTICO**

Il/lasottoscritto/a*(nome) (cognome)* nato/a il a prov. residente a

docente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, personale ATA profilo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai fini dell’esecuzione del test sierologico e/o tampone previsto nell’ambito del programma di screening del personale scolastico docente e non docente - Ordinanza Regione Campania n.70 e successive precisazioni.

# DICHIARA

di essersi sottoposto al test sierologico e/o tampone con esito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il proprio medico

curante dott. (*nome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*cognome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o presso l’ASL DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DI ESSERE CONSAPEVOLE

che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L’Azienda ASL effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Luogo,data

Firma

*(per esteso e leggibile)*