****

**MINISTERO DELL’ ISTRUZIONE**

**ISTITUTO COMPRENSIVO "CINQUE GIORNATE "**

 **VIALE MUGELLO, 5 - 20137 MILANO Tel.0288448734**

**Scuola primaria Viale Mugello, 5-Scuola secondaria di 1° grado Via Cipro, 2 Milano**

**C.M. MIIC8DX00L – C.F. 80114030150 e-mail** **MIIC8DX00L@istruzione.it**

**sito web** [**www.iccinquegiornate.edu.it**](http://www.iccinquegiornate.edu.it/)

**AUTODICHIARAZIONE**

**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_

dovendo il/la proprio/a figlio/a minorenne accedere all’Istituto, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. Che il/la proprio/a figlio/a non è venuto/a a contatto negli ultimi 14 giorni con soggetti dichiarati positivi al COVID-19, con casi sospetti o con soggetti per i quali è stata disposta la quarantena preventiva;
2. Che il/la proprio/a figlio/a non è stato/a sottoposto/a alla misura della quarantena e di non essere risultato/a positivo/a al COVID-19;
3. Che allo stato attuale il/la proprio/a figlio/a non presenta sintomi come tosse secca, febbre, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, alterazione del senso del gusto, congiuntivite, diarrea, vomito, etc.

Data e luogo della dichiarazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_