**ALLEGATO A**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER AUTOSORVEGLIANZA ED ATTIVITÀ IN PRESENZA**

in caso di due positività all’interno della classe

Il/la sottoscritto/a nato/a a il

residente in C.F

□ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a il

residente in C.F

**DICHIARA**

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000) che il proprio/a figlio/a si trova nella seguente condizione ( barrare una delle tre opzioni):

* Ha concluso il ciclo vaccinale primario
* E’ guarito da meno di centoventi giorni
* Ha effettuato la dose di richiamo

e pertanto può svolgere didattica in presenza con l'utilizzo di mascherine di tipo FFP2, fornita dalla stessa famiglia, per l'auto sorveglianza ( 10 giorni)

Data Il genitore/titolare della responsabilità

Genitoriale

*Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.*