



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
 ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE  
 "C. COLOMBO" – TORRE DEL GRECO (NA)

Sede legale: Corso Garibaldi, 5 bis 80059 Torre del Greco (NAPOLI) - Tel. 0818812120 - FAX: 0818821360  
 CM: NAIS 01700E C.F.: 80019780636 - Direzione Ittj: Tel. 081 88110 61 Direzione Amm. va: Tel. 081 8812120  
 E-mail: [nais01700E@istruzione.it](mailto:nais01700E@istruzione.it) PEC: [NAIS01700E@pec.istruzione.it](mailto:NAIS01700E@pec.istruzione.it) Sito web: [www.iscolombo.edu.it](http://www.iscolombo.edu.it)

Nr. 50 10014484 Rev.004



Tracciamo la rotta del tuo futuro!

## Allegato 1

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
 I.I.S. "C. COLOMBO"  
 Ai Responsabili COVID-19

### AUTODICHIARAZIONE ESITO COVID-19

Resa ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R.445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di Genitore/Tutore di \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.), e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

### DICHIARA

sotto LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che proprio/a figlio/a è **RISULTATO/A POSITIVO AL COVID-19 DA TAMPONE RAPIDO E/O MOLECOLARE**, inoltre dichiara che:

ha effettuato il tampone molecolare e non *presenta sintomi* (asintomatico/a)

*ha manifestato sintomi* (sintomatico/a) riconducibili al Covid-19 a partire dal giorno \_\_\_\_\_

e l'ultimo giorno di frequenza a scuola è stato il \_\_\_\_\_

In fede.

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

Si allega tampone.