**DICHIARAZIONE SULL’ONORE**

O AUTOCERTIFICAZIONE DELL’ASSENZA DI SINTOMI DI MALATTIA INFETTIVA VIRALE

**Nome e cognome *(del bambino/alunno/studente/frequentante)***

…..........................................................................................................................................................

**data di nascita:** ..............................................................................................................................

**residenza:**….........................................................................................................................

Con la presente sono a dichiarare che nelle ultime due settimane il sopra menzionato bambino/alunno/studente/frequentante non ha mostrato sintomi di malattia infettiva virale *(per es. febbre, tosse, affanno, improvvisa perdita del gusto e dell’olfatto, ecc.)*.

(luogo): .......................................

(data): .......................................

………………………………………………………………………………

Firma dell’alunno/studente/frequentante minorenne

oppure

Firma del genitore o di chi ne fa le veci