

# 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 minorenni

oppure

Firma del genitore o di chi ne fa le veci