AUTOCERTIFICAZIONE TEST

ai sensi dell’OM Regione Campania-n-90-dell-15/11/20

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

❑Docente: ❑Infanzia ❑Primaria ❑Secondaria ❑Tempo indet. ❑Tempo determinato

❑ATA: ❑DSGA ❑Ass. Amm. ❑Coll. Scol. ❑Tempo indet. ❑Tempo determinato

consapevole che chiunque rilascia 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

Visto l’art. 1 comma 1 dell’Ordinanza della Regione Campania n° 90 del 15/11/2020

DICHIARA

di essersi sottoposto al tampone covid antigenico in drive-in presso la postazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con esito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sant’Angelo dei Lombardi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)