



**ISTITUTO COMPRENSIVO "F. MOCHI"**

**Via Milano, 20 - 52025 LEVANE (AR) - Tel. 055-97.88.015**

**Fax: 055/9180347 – E-mail:**

**ARIC820006@istruzione.it**

**CODICE FISCALE: 81005070511**



**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto "F. Mochi"**

**Autocertificazione di referto negativo tampone per rientro a scuola**

IL  
GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Ordine \_\_\_\_\_ Del Plesso \_\_\_\_\_ di  
codesto Istituto dichiara sotto la sua responsabilità di aver effettuato il tampone per il  
rientro a scuola dell'alunno/a sopra citato in data \_\_\_\_\_ e di aver riportato esito  
NEGATIVO. Il sottoscritto/a si impegna a riportare quanto prima la certificazione  
dell'esito negativo del tampone.

In fede

Firma \_\_\_\_\_

Levane, lì \_\_\_\_\_

