



AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DEL FAMILIARE CONVIVENTE

I sottoscritti _____
nome e cognome di mamma a papà

genitori di (o titolari della responsabilità genitoriale) _____
nome e cognome del bambino/a

consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e che in età pediatrica l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica

dichiarano di aver consultato il Medico di Medicina Generale per il seguente sintomo/i riportato/i dal
famigliare convivente _____
nome e cognome del famigliare e sintomo/i

Nome e Cognome del Medico di Medicina Generale e dichiara quanto segue _____

Luogo e data _____

Firma di entrambi i genitori
