

**Dichiarazione attestante l'avvenuta vaccinazione o guarigione per allievi**

Cognome e nome: .....

Istituto scolastico: .....

**Dichiaro di [apporre una crocetta sulla/e risposta/e corrispondente/i]:****Aver completato/a la vaccinazione anti-COVID-19 (due dosi)****Essere guarito/a dalla COVID-19 con certificato COVID valido fino al**

.....

Il/la sottoscritto/a conferma che le affermazioni contenute nella presente dichiarazione sono veritiere. La presente dichiarazione impegna il/la sottoscritto/a nei confronti dell'istituto scolastico.

Eventuali osservazioni:

.....

Luogo e data .....

Firma .....

**NOTA:**

Vogliate consegnare la presente dichiarazione completata e firmata alla direzione del vostro istituto scolastico