

**DICHIARAZIONE GENITORE PER RIENTRO A SCUOLA
PER ASSENZA INFERIORE AI TRE GIORNI DOVUTO A MOTIVI DI SALUTE**

Il sottoscritto _____
COGNOME NOME

Luogo di nascita _____ data di nascita: _____
LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA

genitore dello student _____
COGNOME NOME

della scuola _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di CoViD-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico
curante dott. _____

e di avere seguito le sue indicazioni e che pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

Firma

Luogo e data: _____