

**DICHIARAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA DA MALATTIA
con sintomi simil-Covid**

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____ alunno/a della classe _____ sez. _____ della

Scuola _____

COMUNICA

che il proprio figlio/a è stato assente nei giorni _____ per motivi di salute;

consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della salute della collettività

DICHIARA

di aver contattato il pediatra o il medico, di averne seguito le indicazioni per le misure di cura e per i tempi di rientro in comunità;

ATTESTA

che il proprio figlio attualmente non presenta alcun sintomo.

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
