

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

Il sottoscritto

CognomeNome

Luogo di nascita Data di nascita

Genitore della/o studente classe.....scuola.....

Istituto Gardascuola

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 la figlia/il figlio può essere riammessa/o a scuola.

Luogo e data Firma