

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO "SOSPETTO COVID"

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

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

nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

frequentante la classe Sezione Infanzia Primaria Secondaria di Primo grado,

consapevole che ai sensi della normativa vigente in materia, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. _____

il quale non ha ritenuto necessario sottoporre il figlio al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale, pertanto

CHIEDE

la riammissione a scuola

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale
