ALLEGATO 4

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO A SCUOLA

IN SEGUITO AD ASSENZE PER MOTIVI DI SALUTE CON SINTOMI COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____ _

nato a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

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

nato a ___ _____ _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

ASSENTE dal _____ al _____

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

- che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché per motivi di salute con sintomatologia di sospetto COVID-19, nel periodo di assenza dal giorno _____ al giorno _____ ha contattato il MMG/PSL dott._____ e ha eseguito tutte le indicazioni da questi fornite.

- Allega dichiarazione del medico per la riammissione a scuola

Data _____

Il Genitore/titolare
della responsabilità genitoriale

_____