

AUTOCERTIFICAZIONE
RIENTRO A SCUOLA DOPO ASSENZA

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

genitore del bambino/studente _____ della scuola _____

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

DICHIARA

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

_____, di avere seguito le sue

indicazioni e pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

Luogo e data _____ Firma _____