

***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 \_\_\_\_\_