

Allegato 1

Dichiarazione del genitore/tutore per il rientro a scuola dopo assenza NON per motivi di salute

Il sottoscritto/la sottoscritta
Cognome Nome.....
Luogo e data di nascita.....

In qualità di genitore/tutore del bambino/a-alunno/a.....
Presso la scuola/struttura.....Classe/Sezione.....

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazione mendace e pienamente consapevole della rilevanza che riveste il pieno rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 e conseguentemente per la tutela della salute collettiva

DICHIARA

Che l'assenza da scuola del proprio figlio/a dal..... al
È dovuta a motivi familiari e non legati a problemi di salute

Luogo e data..... Firma.....

Allegato 2

Dichiarazione del genitore/tutore per rientro a scuola dopo assenza fino a 3 giorni per motivi di salute

Il sottoscritto/la sottoscritta
Cognome Nome.....
Luogo e data di nascita.....

In qualità di genitore/tutore del bambino/a-alunno/a.....
Presso la scuola/struttura.....Classe/Sezione.....

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazione mendace e pienamente consapevole della rilevanza che riveste il pieno rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 e conseguentemente per la tutela della salute della collettività

DICHIARA

In relazione all'assenza del proprio figlio/a dal.....al.....

Ai fini della riammissione in comunità scolastica dichiara di aver contattato il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale Dr....., e di aver seguito le indicazioni ricevute.

Luogo e data..... Firma.....

Allegato 4

**Attestazione del pediatra di libera scelta/medico di medicina generale curante per
rientro a scuola dopo assenza superiore a 3 giorni per motivi di salute**

Con la presente si attesta che il bambino/la bambina/l'alunno/alunna

.....

Assente dalla struttura scolastica dal al.....

Può rientrare a scuola a decorrere dal

In quanto è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per
Covid-19 come previsto dai documenti nazionali/provinciali.

Luogo e data In fede

(Firma e timbro del medico curante)