

**DICHIARAZIONE GENITORE PER RIENTRO A SCUOLA  
(per assenza FINO A TRE GIORNI dovuta a motivi di SALUTE)**

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo di nascita

\_\_\_\_\_

data di nascita

\_\_\_\_\_

genitore dello studente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

della scuola

\_\_\_\_\_

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**

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

e di avere seguito le sue indicazioni e che pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

Firma

Luogo e data

\_\_\_\_\_