DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA PER MINORI CHE FREQUENTANO L'ISTITUTO

Il sottoscritto

COGNOME _____

NOME _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____

NOME _____

Plesso _____

Classe _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il minore è rimasto assente nei giorni _____ per MOTIVI NON LEGATI A MALATTIA

che il minore è rimasto assente nei giorni _____ per MOTIVI DI SALUTE AVENTI SINTOMATOLOGIA NON RICONDUCEBILE A COVID-19 secondo le indicazioni e dopo la consultazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale dott. _____ avvenuta in data _____

che il minore è rimasto assente nei giorni _____ per aver effettuato ISOLAMENTO FIDUCIARIO o per aver avuto SINTOMATOLOGIA RICONDUCEBILE A COVID-19.

Si allega tampone.

Si allega tampone e certificato medico di riammissione *

**solo in caso di positività accertata*

Firma del genitore/tutore

Data