

## 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

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 avuto SINTOMATOLOGIA RICONDUCEBILE A COVID-19.

Si allega tampone.

Firma del genitore/tutore

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_