AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA OLTRE 5 GIORNI PER MOTIVI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome_____
luogo di nascita _____ data di nascita _____
genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe_____
consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate a prevenire la diffusione del COVID-19 per la tutela della salute collettiva

DICHIARA

che l'assenza del figlio da scuola dal _____ al _____ è avvenuta per motivi di salute.
Dichiara altresì di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante Dott. _____ di avere seguito le sue indicazioni e di avere avuto dal Dottore parere positivo per il rientro a scuola.
La presente dichiarazione sostituisce il certificato medico perché il Dott. _____ si è rifiutato di rilasciarlo.

Luogo _____ Data _____

Firma

_____

via Ponchielli, 56
10154 TORINO
Tel 011 2481711
Fax 011 2485431
C.F. 80093460014
C.M. TOIS01300N
www.bodoniparavia.edu.it
bopa@bodoniparavia.it