

**ATTESTAZIONE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / MEDICO CURANTE PER RIENTRO A SCUOLA
(per assenza superiore a tre giorni dovuta a motivi di salute)**

Attesto con la presente che il bambino/studente _____
assente da struttura/scuola dal _____ al _____ può rientrare a scuola a partire dal
_____ poiché ha seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per CoViD-19 come
disposto dai documenti nazionali e provinciali.

In fede

li, _____

**DICHIARAZIONE GENITORE PER RIENTRO A SCUOLA
PER ASSENZA INFERIORE AI TRE GIORNI DOVUTO A MOTIVI DI SALUTE**

Il sottoscritto

COGNOME_____
NOME

Luogo di nascita

LUOGO DI NASCITA

data di nascita

DATA DI NASCITA

genitore dello studente

COGNOME_____
NOME

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

**DICHIARAZIONE GENITORE PER RIENTRO A SCUOLA
PER ASSENZA SUPERIORE AI TRE GIORNI PER MOTIVI NON DI SALUTE**

Il sottoscritto

COGNOME_____
NOME

Luogo di nascita

LUOGO DI NASCITA

data di nascita

DATA DI NASCITA

genitore dello studente

COGNOME_____
NOME

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

che l'assenza del figlio da scuola dal

_____ al _____

è dovuta a ragioni diverse da motivi di salute (motivi famigliari).

Firma

Luogo e data
