all. 7

# intestazione+A+di+Meo (1)

# ATTIVAZIONE PROTOCOLLO COVID A SCUOLA

# AUTOCERTIFICAZIONE PER ALUNNO IN CASO DI PATOLOGIE NON COVID CORRELATE

Il/la sottoscritto/a nato/a a il \_

residente in C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a il residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plesso di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRELEVATO A SCUOLA PER SOSPETTA SINTOMATOLOGIA IL GIORNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ALLE ORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000):

di aver sentito il parere del Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott.

il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiede, pertanto, la riammissione a scuola.

Data

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_