ATTESTAZIONE DEL PEDIATRA/ 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 …….……... Data di nascita …….

genitore del bambino/studente …….…… della struttura/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 la 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.

Luogo e data …….. Firma ……..

DICHIARAZIONE GENITORE

PER RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA SUPERIORE AI TRE GIORNI

PER MOTIVI NON DI SALUTE

Il sottoscritto

Cognome ……..…….… Nome ……..……..

Luogo di nascita ……..……... Data di nascita …….

genitore del bambino/studente……..…… della struttura/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 la collettività,

DICHIARA

che l'assenza del figlio da scuola dal .....……. al ……..

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

Luogo e data …….. Firma ……..