

RIENTRO DALL'ISOLAMENTO FIDUCIARIO

Allegato 5)

Il/La sottoscritto/a cognome _____ Nome
_____ Luogo di nascita
_____ Data di nascita _____ genitore
del bambino/studente _____ 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 la collettività,

DICHIARA

di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante dott.

_____, di avere seguito le sue
indicazioni e pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

Luogo e data _____ Firma _____