

Allegato 2

GIUSTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SEGUITO DI ASSENZA DA SCUOLA DOVUTA A MOTIVI DI SALUTE, ANCHE SE CON SINTOMI COMPATIBILI CON COVID-19, MA VALUTATI NON SOSPETTI DAL MEDICO PEDIATRA

(In conformità con le Indicazioni attuative per la Regione del Veneto – USR Veneto in merito alle modalità di rientro a scuola/servizi per l'Infanzia in seguito ad assenza per malattia del 6 ottobre 2020)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____,

residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____,

frequentante il plesso di _____, classe _____

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 il proprio figlio è rimasto assente dal _____ al _____ per motivi di salute e di aver contattato il Pediatra/Medico di Medicina Generale, il quale ha valutato i sintomi non sospetti per Covid-19.

Il genitore

Luogo e data

(o titolare della responsabilità genitoriale)
