**DICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA DOVUTA A MALATTIA**

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitore/affidatario/tutore dell’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante nell’a.s. 2020/21 la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della scuola di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE**

che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

* di aver contattato il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale per la valutazione clinica

a) a seguito di sintomatologia rilevata a scuola il ……………………….

b) a seguito di sintomatologia verificatasi non in ambito scolastico dal ………….. al …………..

che il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale non ha richiesto il test diagnostico per COVID - 19

Il sottoscritto/a ……………………………… rilascia le presenti dichiarazioni in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter, e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data, Firma