

MODELLO B

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____

nato/a a _____ il ___/___/_____
dichiara di essere stato informato che il/la proprio/a figlio/a può
essere riammesso/a a scuola dopo il periodo di assenza poiché:

- non ha presentato sintomi riferibili a COVID-19;

- non ha avuto negli ultimi 3 giorni febbre oltre 37,5°;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- non è stato negli ultimi 14 giorni in zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Periodo assenza dal ___/___/_____
al ___/___/_____

Motivo assenza _____

Luogo e data _____

Firma _____

MODELLO B

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____

nato/a a _____ il ___/___/_____
dichiara di essere stato informato che il/la proprio/a figlio/a può
essere riammesso/a a scuola dopo il periodo di assenza poiché:

- non ha presentato sintomi riferibili a COVID-19;

- non ha avuto negli ultimi 3 giorni febbre oltre 37,5°;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- non è stato negli ultimi 14 giorni in zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Periodo assenza dal ___/___/_____
al ___/___/_____

Motivo assenza _____

Luogo e data _____

Firma _____

MODELLO B

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____

nato/a a _____ il ___/___/_____
dichiara di essere stato informato che il/la proprio/a figlio/a può
essere riammesso/a a scuola dopo il periodo di assenza poiché:

- non ha presentato sintomi riferibili a COVID-19;

- non ha avuto negli ultimi 3 giorni febbre oltre 37,5°;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- non è stato negli ultimi 14 giorni in zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Periodo assenza dal ___/___/_____
al ___/___/_____

Motivo assenza _____

Luogo e data _____

Firma _____

MODELLO B

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____

nato/a a _____ il ___/___/_____
dichiara di essere stato informato che il/la proprio/a figlio/a può
essere riammesso/a a scuola dopo il periodo di assenza poiché:

- non ha presentato sintomi riferibili a COVID-19;

- non ha avuto negli ultimi 3 giorni febbre oltre 37,5°;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- non è stato negli ultimi 14 giorni in zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Periodo assenza dal ___/___/_____
al ___/___/_____

Motivo assenza _____

Luogo e data _____

Firma _____

MODELLO B

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____

nato/a a _____ il ___/___/_____
dichiara di essere stato informato che il/la proprio/a figlio/a può
essere riammesso/a a scuola dopo il periodo di assenza poiché:

- non ha presentato sintomi riferibili a COVID-19;

- non ha avuto negli ultimi 3 giorni febbre oltre 37,5°;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- non è stato negli ultimi 14 giorni in zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Periodo assenza dal ___/___/_____
al ___/___/_____

Motivo assenza _____

Luogo e data _____

Firma _____