

**MODELLO C**

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 dovuto a  
malattia poiché:

• ha riportato sintomi non riferibili a COVID-19, cioè NON febbre,  
tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea),  
faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale;

oppure

• ha riportato sintomi riferibili a COVID-19 per i quali è stato  
consultato il pediatra/medico di medicina generale che ha autorizzato  
il rientro a scuola

Periodo assenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODELLO C**

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 dovuto a  
malattia poiché:

• ha riportato sintomi non riferibili a COVID-19, cioè NON febbre,  
tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea),  
faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale;

oppure

• ha riportato sintomi riferibili a COVID-19 per i quali è stato  
consultato il pediatra/medico di medicina generale che ha autorizzato  
il rientro a scuola

Periodo assenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODELLO C**

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 dovuto a  
malattia poiché:

• ha riportato sintomi non riferibili a COVID-19, cioè NON febbre,  
tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea),  
faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale;

oppure

• ha riportato sintomi riferibili a COVID-19 per i quali è stato  
consultato il pediatra/medico di medicina generale che ha autorizzato  
il rientro a scuola

Periodo assenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODELLO C**

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 dovuto a  
malattia poiché:

• ha riportato sintomi non riferibili a COVID-19, cioè NON febbre,  
tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea),  
faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale;

oppure

• ha riportato sintomi riferibili a COVID-19 per i quali è stato  
consultato il pediatra/medico di medicina generale che ha autorizzato  
il rientro a scuola

Periodo assenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODELLO C**

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 dovuto a  
malattia poiché:

• ha riportato sintomi non riferibili a COVID-19, cioè NON febbre,  
tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea),  
faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale;

oppure

• ha riportato sintomi riferibili a COVID-19 per i quali è stato  
consultato il pediatra/medico di medicina generale che ha autorizzato  
il rientro a scuola

Periodo assenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_