DICHIARAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA FINO A TRE GIORNI PER MOTIVI DI SALUTE (STUDENTI MAGGIORENNI)

La sottoscritta/Il sottoscritto

Cognome …………………………………….… Nome ………………………………..……..

Luogo di nascita ………………………………………….………... Data di nascita ………………

Classe……………………………… del Liceo Andrea Maffei di Riva del Garda

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

di avere preso contatto con il proprio medico curante dott. e di avere

seguito le sue indicazioni e che pertanto può essere riammesso a scuola.

Luogo e data …………………………………….. Firma ………………………………..