DICHIARAZIONE GENITORE/RESPONSABILE PER RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA FINO A TRE GIORNI PER MOTIVI DI SALUTE

La sottoscritta/Il sottoscritto

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

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

genitore/responsabile della studentessa /dello studente ..........................................................

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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/la propria figlia NON presenta più sintomi che impediscono la frequenza scolastica.

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