

All. A

| |
|-----------------------------------|
| DICHIARAZIONE GENITORI CASO COVID |
|-----------------------------------|

I sottoscritti COGNOME_____ NOME_____

COGNOME_____ NOME_____

Residenti in_____ (_____) Via_____

Cell_____ e-mail_____

Genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe_____

della Scuola Secondaria/Primaria/Infanzia_____

Consapevoli delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARANO

E' stato effettuato TEST ANTIGENICO con esito POSITIVO in

data_____ presso_____

su Alunno_____ a causa dei seguenti sintomi

OPPURE

-Di aver eseguito IL TEST MOLECOLARE con esito positivo in data_____

Su alunno_____

-l'alunno ha frequentato la scuola in presenza fino al giorno_____

-l'alunno ha manifestato sintomi riconducibili al COVID-19 in data_____

-Il Pediatra di libera scelta è_____

In fede

Data_____

(firme dei dichiaranti)