

**Mod. 2 Dichiarazione del genitore/tutore per il rientro a scuola  
dopo assenza fino a 3 giorni per motivi di salute**

Il/La sottoscritto/a   
(Cognome e Nome)

nato/a a  il

in qualità di genitore/tutore del bambino/a-alunno/a

(Cognome e Nome)

iscritto/a alla scuola

classe/sezione

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di  
dichiarazione mendace e pienamente consapevole della rilevanza che riveste il  
pieno rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della diffusione  
dell'infezione da SARS-CoV-2 e conseguentemente per la tutela della salute  
collettiva

in relazione all'assenza del/la proprio/a figlio/a dal  al

ai fini della riammissione in comunità scolastica

**DICHIARA**

di aver contattato il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale Dr.

Dr.   
(Cognome e Nome del medico)

e di aver seguito le indicazioni ricevute.

Luogo e data

Firma