DICHIARAZIONE PERSONALE

(art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i)

per la riammissione dell’alunno in caso di diniego del pediatra al rilascio della certificazione/attestazione medica

Il/La sottoscritto/a, Cognome Nome...............................................

Luogo di nascita .....................................................................( )

Data di nascita ......../......./.........................

In qualità di (Genitore/Tutore legale) ...............................................................

dell’alunno Cognome Nome.............................................

della classe/sez. ................................. sez …………… del Plesso ...................................................

DICHIARA QUANTO SEGUE:

di aver consultato il pediatra/medico di base in data ......../......./ , che lo stesso non ha rilasciato il

certificato di riammissione e che il proprio ﬁglio non è stato ritenuto aﬀetto da COVID-19.

Documento di riconoscimento ......................................................................... n. ...........................................

rilasciato da ........................................................ il ......../......./ ,

Roma ........./…....../....................

Si allega il documento di riconoscimento

Firma (Genitore/Tutore legale)

..................................................................