

DICHIARAZIONE DI RITORNO IN COLLETTIVITA'

Io sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a .....  
residente a ..... in via ..... n° .....  
genitore/esercitante la responsabilità genitoriale di .....  
al fine di ottenere la riammissione alla frequenza in comunità di mio/a figlio/a dopo il periodo di  
assenza dal ..... al .....

**nel rispetto del Patto di Corresponsabilità COVID sottoscritto con l'Ente / Scuola**

**dichiaro**

di aver contattato il Medico Pediatra Dott. ....  
e di essermi attenuto alle sue prescrizioni ed indicazioni in merito alla malattia di mio/a figlio/a;

l'assenza non è stata determinata da problemi di salute

....., li .....

Il Genitore: .....

(firma leggibile per esteso)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.