|  |  |
| --- | --- |
| **Risultati immagini per immagini cavalieri milano**logofse%202014-2020.png | **Istituto Professionale di Stato** **per i Servizi Commerciali,****Turistici e Sociali B. Cavalieri**via Olona, 14 - 20123 Milano Tel: 02/435234-4984520/550 fax: 48195579Succ.: via Curiel, 19 - 20143 Milano Tel.: 02/89122607 fax 02/89189336e-mail: sede[mirc08000a@pec.istruzione.it](http://../AppData/Local/Temp/Rar%24DIa0.073/mirc08000a%40pec.istruzione.it)info@istitutocavalieri-superiori.it[www.ipscavalieri.it](http://www.ipscavalieri.it) c. f.: 80124250152 |

DICHIARAZIONE (ai sensi art. 4 legge 15/68 e art. 2 comma 1, DPR 403/98)

 **del genitore/tutore di studente minorenne per rientro a scuola dopo assenza per motivi di salute** che non hanno dato luogo all’effettuazione di test diagnostico per Covid-19.

Il sottoscritto/la sottoscritta ……………………………………………………………………………………………………….

Cognome ………………………………………………………… Nome…………………………………………………………………

Luogo e data di nascita………………………………………………………………………………………………………………..

In qualità di genitore/tutore dello studente / studentessa

………………………………………………………………..

Iscritto/a alla 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 della collettività

DICHIARA

In relazione all’assenza del proprio 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……………………………………………… e di aver seguito le indicazioni ricevute.

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

Si allega copia del proprio documento di identità