



**Polo Scolastico Cattolico Salesiano delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Istituto "Maria Ausiliatrice" e "Santo Spirito"
LIVORNO**

**MODULO DICHIARAZIONE ASSENZA SINTOMATOLOGIA
PER ALUNNI IN REGIME DI QUARANTENA FIDUCIARIA**

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ residente in _____ (_____)
Via _____ Tel _____
Cell _____ e-mail _____
in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____ NOME _____
Classe/plesso _____ Data di Nascita _____
Recapito telefonico _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio figlio durante il regime di quarantena fiduciaria dal _____ al _____

ha manifestato sintomatologia riferibile al COVID-19

non ha manifestato a tutt'oggi sintomatologia riferibile al COVID-19

e, avendo terminato il periodo di quarantena, come indicato dalla ASL, chiede la riammissione alle lezioni dell'alunno/a di cui sopra.

In fede _____
(Firma del dichiarante)

Data _____