

AUTODICHIARAZIONE RITIRO ALUNNO PER CONDIZIONI CLINICHE SOSPETTE PER COVID 19
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Data	
Ora	

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome: _____

Cognome: _____

genitore dell'alunno/a delegato al ritiro dell'alunno/a

Nome: _____

Cognome: _____

Plesso: _____ Classe _____

DICHIARA

- di ritirare l'alunno in data odierna, all'orario indicato su disposizione della scuola per sintomi ritenuti di sospetto Covid riscontrati a scuola;
- di essere informato che dovrà contattare il Pediatra per la valutazione del caso;
- di ricevere [L'allegato 3](#) della [Circolare-prot.-345038-Regione-Veneto.pdf](#) che esemplifica la procedura da seguire anche per la riammissione a scuola

FIRMA _____

Eventuali note operatore scolastico
FIRMA _____