



**FONDAZIONE SCUOLA MATERNA  
"PIETRO CISMONDI"**  
**VIA ROMA, 77 – 25030 RONCADELLE**  
**Tel./ Fax 030. 2780107**  
**[www.infanziacismondi.it](http://www.infanziacismondi.it)**  
amministrazione@infanziacismondi.it  
coordinatrice@infanziacismondi.it

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

DICHIARA CHE

Il proprio/a figlio/a si è assentato/a da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Per motivi personali o familiari
- Per ragioni di salute. In questo caso dichiara altresì che:
  - È stato consultato il proprio pediatra di libera scelta per la valutazione clinica, sono state seguite le sue indicazioni e il rientro in comunità scolastica avviene in suo accordo
  - Il/la proprio/a figlio/a non ha seguito un percorso Covid (il pediatra non ha ritenuto di dover procedere con l'accertamento diagnostico tramite tampone)

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della titolarità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_