

FONDAZIONE SCUOLA MATERNA  
**DOTT. GIOVANNI DOLCETTA**

SCUOLA DELL'INFANZIA NON STATALE PARITARIA cod. min.VIIA087005

con annesso il NIDO INTEGRATO

**DOTT. MARIO DOLCETTA**

Via Lorenzoni n. 4 – 36075 Montecchio Maggiore (VI)

C.F. e P.IVA: 00538100249 Tel.: 0444/696189 – Fax: 0444/497144



**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MALATTIA CON  
SINTOMI POTENZIALMENTE SOSPETTI PER COVID-19**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

**Genitore di** \_\_\_\_\_

Assente dalla scuola dell'infanzia/nido integrato FONDAZIONE SCUOLA MATERNA "DOTT. GIOVANNI DOLCETTA"

**Dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

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

**Dichiaro di aver contattato il Pediatra di Famiglia Dott.** \_\_\_\_\_  
**e di essermi attenuto/a alle Sue indicazioni per quanto riguarda il rientro in comunità scolastica.**

**Allego esito tampone negativo;**

**Dichiaro di non aver contattato il pediatra e di aver atteso 48 ore dalla scomparsa dei sintomi per il rientro in comunità.**

Pertanto il bambino può frequentare la scuola dell'infanzia/nido integrato a partire dalla data odierna.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_