Comune di Civitavecchia

Strutture Educative Comunali 0-6

AVVISO ASSENZA SITUAZIONI CLINICHE NON SOSPETTE COVID 19

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore/tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_\_\_\_

AVVERTE LA SCUOLA

dell’assenza del/lla proprio/a figlio/a per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DICHIARA di

aver consultato il PDF/MMG o altro medico curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME E COGNOME DEL MEDICO CURANTE

recapito ambulatorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; rec.telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; il quale ha ritenuto che il caso non rientra nelle situazioni cliniche sospette COVID 19.

In fede per quanto qui dichiarato.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE