

IL SOTTOSCRITTO _____genitore dell'alunno

_____CLASSE.....

AL FINE DELLA RIPRESA DELLE ATTIVITA' SCOLASTICHE, DICHIARA CHE IL PROPRIO FIGLIO :

- DI NON HA TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5°C;
- DI NON HA AVUTO SINTOMI SIMIL-INFLUENZALI NEGLI ULTIMI 14 GG (TOSSE, STARNUTI, FEBBRE, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE, DOLORI ARTICOLARI DIFFUSI) E/O PERDITA DI GUSTO E OLFATTO;
- DI NON HA AVUTO CONTATTI RAVVICINATI SENZA UTILIZZO DI PROTEZIONI CON PERSONE POSITIVE AL COVID-19.

DATA.....

FIRMA.....