



**DICHIARAZIONE Rientro a scuola Minori che frequentano comunità scolastiche/educative  
Assenze per motivi non riconducibili a patologia COVID**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

**DEL MINORE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole che le disposizioni presenti nel Patto di Corresponsabilità e da me sottoscritte per l'ammissione e successiva frequenza di mio/a figlio/a alla Vostra scuola dell'Infanzia e preso atto che la scuola per propri obblighi dovuti dalla gestione dell'emergenza sanitaria Covid 19 deve acquisire maggiori informazioni possibili circa le motivazioni delle assenze dei bambini frequentanti

**DICHIARO**

Che l'assenza di mio/a figlio/a nei giorni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è dovuta a motivi personali (vacanze, visite mediche, ecc.) ovvero se per motivi di salute di aver contattato il proprio Pediatra.

In fede

Luogo e data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.