



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE E PER GEOMETRI "E. FERMI"

Via Acquaregna, 112 Tel.06/121126985 – 06/121126986 - 00019 TIVOLI  
Cod. Fisc. 86000020585 - Cod. Ist.RMTD07000G -✉ rmtd07000g@istruzione.it

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Genitore/tutore dello studente \_\_\_\_\_

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

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a, a seguito di assenza da scuola per motivi di salute, dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ ha effettuato visita di controllo  o triage telefonico  con PLS (Pediatra Libera Scelta) o MMG dott. \_\_\_\_\_

(Medico Medicina Generale), il quale non ha riscontrato alcuna sintomatologia da COVID-19, e, pertanto ne autorizza il rientro a scuola in data odierna.

Luogo e data

Firma