

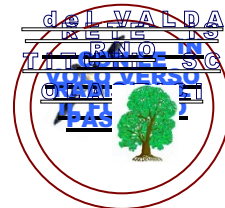
ISTITUTO COMPRESIVO "F. MOCHI"

Via Milano, 20 - 52025 LEVANE (AR) - Tel. 055-97.88.015

Fax: 055/9180347 – E-mail:

ARIC820006@istruzione.it

CODICE FISCALE: 81005070511



Al Dirigente Scolastico dell'Istituto "F. Mochi"

Modulo riammissione dopo attivazione a scuola di Protocollo COVID

IL GENITORE/TUTORE

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____

Del Plesso _____ di codesto Istituto, chiamato dalla Scuola nella giornata

del _____ per malessere del figlio/a dichiara sotto la sua responsabilità di aver

contattato il Pediatra o Pronto soccorso _____ per il

triage telefonico o in presenza, in data _____ e alle _____.

Il Medico curante o di pronto soccorso _____:

- ☐ ritiene non ci sia sospetto Covid.
- ☐ ritiene necessario l'effettuazione di tampone

In fede

Firma _____

Levane, li _____

