

**DICHIARAZIONE
PER RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA
DOVUTO A MOTIVI DI SALUTE**

(da inviare via e-mail a: chiara.stefani@artigianelli.tn.it)

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

studente del corso Alta Formazione Professionale TAG Biennio _____

presso l'Istituto Pavoniano Artigianelli

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

DICHIARA

di avere preso contatto con il proprio medico curante dott. _____

e di avere seguito le sue indicazioni e che pertanto può essere riammesso alle attività didattiche in presenza.

Luogo e data _____

Firma _____