

FONDAZIONE CONSORZIO SCUOLE MATERNE DEL COMUNE DI GALLARATE

VIA POMA 2 BIS, 21013 GALLARATE (VA)

Scuola dell'Infanzia.....

Via.....
21013 Gallarate (VA)

OGGETTO: Autocertificazione assenze non dovute a malattia infettiva superiore ai 5 giorni a seguito dell'emanazione del nuovo DPCM del 1/3/2020.

Il sottoscritto genitore

dell'alunna/o _____

iscritto/a presso la Scuola dell'Infanzia Consorziata.....,

Sezione.....

dichiara

che la propria figlia/il proprio figlio è stato assente dalla scuola dell'infanzia per il periodo dal _____ al _____

per motivi familiari

per malattia e "non ha contratto una malattia infettiva soggetta a notifica obbligatoria, di non aver soggiornato in zone endemiche e di non aver avuto contatti con casi sospetti o confermati".

Distinti Saluti.

Gallarate,

Firma del genitore
