

AUTODICHIARAZIONE RITIRO ALUNNO PER CONDIZIONI CLINICHE SOSPETTE PER
SINDROME SIMIL-INFLUENZALE
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Data	
Ora	

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome: _____

Cognome: _____

genitore dell'alunno/a delegato al ritiro dell'alunno/a

Nome: _____

Cognome: _____

Plesso: _____ Classe _____

DICHIARA

- di ritirare l'alunno in data odierna, all'orario indicato su disposizione della scuola per sintomi ritenuti di sindrome simil-influenzale riscontrati a scuola;
- di essere informato che dovrà contattare il medico curante per la valutazione del caso.

FIRMA _____

Eventuali note operatore scolastico
FIRMA _____