

**SEGNALAZIONE
Positività al COVID-19**

Io sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la Scuola _____

Classe _____ Sez. _____

DICHIARO che

mio figlio/a è risultato/a positivo/a al test COVID-19 effettuato in data ___ / ___ / 2022

presso

DICHIARO altresì che

il suo ultimo giorno di frequenza a scuola è stato in data ___ / ___ / 2022

DICHIARO infine che

NON ha sviluppato sintomi in data ___ / ___ / 2022

HA sviluppato sintomi in data ___ / ___ / 2022

Foligno, ___ / ___ / 2022

Firma dei Genitori
