



**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA
DALLA SCUOLA DI MUSICA PER
MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI
PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, e
residente in _____ in
qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____,

**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

che, dopo aver consultato il proprio medico curante/pediatra l'allievo può essere riammesso alla scuola di Musica Accademia Filarmonica, poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

In caso di presenza di sintomi sospetti, si dovrà immediatamente contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione.

Luogo e data

Firma del tutore se allievo minorenn
