

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di _____
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
del Liceo Artistico "G.C. ARGAN",

vista

La Circolare Ministero della Salute n. 032850 del 12/10/2020 avente oggetto *Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena*,

dichiara

- √ Che il/la proprio figlio/a rientrerà a scuola in data ____/____/____ avendo portato a termine un periodo di *(crociare una delle due seguenti opzioni)*:
- Quarantena della durata di 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso accertato (contatti stretti asintomatici);
 - Isolamento della durata di 21 giorni dalla comparsa dei sintomi (casi positivi a lungo termine);
- √ Che il proprio figlio/a non manifesta sintomi riconducibili al Covid-19 o ad altra patologia.

Roma ____/____/____

Firma
