



LICEO
PARINI

Prot. n° _____ del ____ / ____ / ____

Al Dirigente Scolastico del Liceo Classico “G. Parini” - Milano

Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la potestà genitoriale in qualità di

Padre	Nome e cognome	
Madre	Nome e cognome	
Tutore	Nome e cognome	

Dell'alunno/a

Cognome e nome			
Nato/a a		il	
Iscritto per l'a.s.	2020-2021	Classe	Sezione

DICHIARANO

CHE, A TUTELA DELLA SALUTE DEL PROPRIO FIGLIO\A, COME DA **CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO CURANTE /PEDIATRA** ALLEGATO, VADANO ATTIVATE LE SEGUENTI MISURE:

I SOTTOSCRITTI SI IMPEGNANO A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE QUALSIASI VARIAZIONE. PER QUALSIASI INFORMAZIONE CONTATTARE IL SEGUENTE NUMERO TELEFONICO: _____

Si allega alla presente la certificazione rilasciata dal medico di famiglia/pediatra attestante la condizione di fragilità ai sensi delle normative correnti.

Data _____

Firme di autocertificazione

padre _____ madre _____ tutore _____

Autenticazione della sottoscrizione

Attesto che la sottoscrizione della richiesta di cui sopra è stata apposta in mia presenza dal/la dichiarante, la cui identità è stata verificata [?] per conoscenza personale [?] previa esibizione del documento

n. _____ rilasciato il _____
L'impiegato amministrativo/ il referente COVID

Da inserire al fascicolo personale dello studente in busta chiusa.