**TERMINE PERIODO DI ISOLAMENTO**

II/la sottoscritto/a ............................................., nato/a il ...../....../........ a ................................. (........), residente in ............................................. (......), via .............................................,

frequentante la classe …………………………

**IN CASO DI MINORI**

II/la sottoscritto/a ............................................., nato/a il ...../....../........ a ................................. (........), residente in ............................................. (......), via

.......................................................... genitore dell’alunno/a …………………………………….

Frequentante la classe ..................

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che il/la ragazzo/a …………………………….…….… frequentante la classe ……………….. non è più in regime di isolamento poiché definitivamente guarito da SARS-COV-2

**CHIEDE PERTANTO**

che l’alunno possa riprendere la partecipazione in presenza alle lezioni.

**Allega alla presente l’esito test antigenico o riscontro sanitario di termine isolamento.**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Il dichiarante |