Al Dirigente Scolastico

Del Liceo G. Falcone e P. Borsellino

Via Matteotti, 29

20020 Arese (MI)

**OGGETTO: riammissione a scuola dopo quarantena di 10 giorni e tampone negativo**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in relazione alla disposizione di quarantena del figlio

**DICHIARA**

di essersi attenuto alle tempistiche di quarantena prescritte da ATS Milano e quindi di poter rientrare a scuola con tampone (molecolare o antigenico) negativo effettuato dopo il 10° giorno di quarantena, allegato alla presente.

Luogo e data , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_