

	<p style="text-align: center;">Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca</p> <p style="text-align: center;">Istituto Comprensivo Statale Travagliato</p> <p style="text-align: center;">Via IV Novembre 2 - TRAVAGLIATO</p> <p style="text-align: center;">Tel. 030 660242 – Sito: www.ictravagliato.edu.it</p> <p style="text-align: center;">bsic89200c@istruzione.it pec: bsic89200c@pec.istruzione.it</p> <p style="text-align: center;">Codice Fiscale 98169490178</p>	
---	---	---

Io sottoscritto.....

Genitore di.....

Dichiaro sotto la propria responsabilità che il pediatra ha **visitato in ambulatorio / ha diagnosticato per telefono** che il proprio figlio/a non necessita di certificazione di avvenuta guarigione, essendo la malattia del bambino/a appena conclusa non riferibile a sintomatologia da COVID 19.

Per tanto in datail proprio figlio/a verrà accompagnato nella sezione di appartenenza.

Travagliato,

in fede