

**Allegato sub 2) della Deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

Dopo aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_  
al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

Di aver proceduto all'effettuazione di test diagnostico antigenico o molecolare per COVID-19 disposto dalla normativa nazionale e regionale, di cui si allega l'esito negativo

**CHIEDE LA RIAMMISSIONE DELL'ALUNNO PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA.**

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della  
responsabilità genitoriale