

Alla Dirigente Scolastica  
Alla Referente Covid-19  
Liceo Scientifico Leonardo Da Vinci  
Via Giovanni dei Marignolli, 1 - Firenze

Oggetto: dichiarazione sostitutiva per assenza non superiore ai 5 giorni

\_1/1\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dello studente/studentessa \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ del Liceo Scientifico Leonardo Da Vinci

assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

DICHIARA

che durante l'assenza non si sono manifestati sintomi compatibili con COVID-19.

Firenze, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_