

**ALLEGATO 3 AL PATTO DI CORRESPONSABILITÀ CON LE FAMIGLIE**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO**

Si dichiara che in data \_\_\_\_\_, l'alunno/a \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_ presenta febbre pari o superiore  
a 37, 5 °C e/o sintomi di infezione da COVID-19.

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, in qualità di genitore o  
esercente la responsabilità genitoriale, opportunamente informato, si impegna a recarsi al punto  
tampone più prossimo al proprio domicilio e a contattare tempestivamente il proprio Medico  
Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta.

Firma Genitore (o esercente la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

In caso di ritiro da parte di altro adulto delegato, il presente modulo dovrà essere consegnato dal  
delegato alla famiglia che dovrà restituirlo firmato in Segreteria, inviandolo via e-mail all'indirizzo  
[miic8d800c@istruzione.it](mailto:miic8d800c@istruzione.it), o consegnandolo di persona allo sportello in orario di ricevimento.

Firma delegato

\_\_\_\_\_