



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Ambito Territoriale per la Provincia di Catania

ISTITUTO **C**OMPENSIVO **S**TATALE AD **I**NDIRIZZO **M**USICALE

“M. MONTESSORI - P. MASCAGNI”

Via GIUSEPPE DI GREGORIO, 22 - 95122 CATANIA - ☎ TEL./FAX- 095201922

Codice Meccanografico **CTIC8AF00V** - Codice Fiscale **80016050876** - ✉ ctic8af00v@istruzione.it – ctic8af00v@pec.istruzione.it
<https://www.montessorimascagnict.edu.it>

COMUNICAZIONE POSITIVITA'

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sul figlio/a minore (nome e cognome) _____

_____ Nato/a a _____

il _____ residente a _____ CAP _____ via _____ n _____

Plesso frequentato _____ Classe _____ Sez. _____ ordine di scuola _____

COMUNICA

Che il /la proprio/a figlio/ è risultato positivo/a al Covid-19 a seguito di esecuzione di tampone rapido
molecolare..... (segnare con un crocetta l'opzione scelta)

Data di esecuzione del tampone.....

Ultimo giorno di presenza a scuola

Eventuali altre specifiche

.....
.....

Si allega Tampone attestante la positività

Catania Data.....

Firma del genitore
