Al Dirigente scolastico

dell’IC Luserna San Giovanni

I sottoscritti …………………………………………………………………..……………………….. genitori/affidatari/tutori legali dell’alunno/a …………………………………………..frequentante la Scuola primaria/Scuola secondaria, plesso ……………………………….., classe…………………...

dichiarano

sotto la propria responsabilità che le mascherine chirurgiche indossate dal/la proprio/a figlio/a sono state prodotte nel rispetto de**lla normativa vigente, come riportato sul sito ufficiale del Ministero della Salute, e che l’utilizzo delle stesse rispetta i tempi di durata e le modalità di trattamento relative alla loro efficacia.**

Luserna San Giovanni, …………………………..

Firme

……………………………………….

……………………………………….