

Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19

(a partire da 3 giorni di assenza)

Al Dirigente Scolastico
I.C. "via Pietro Nenni"
Torremaggiore (FG)

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19-correlate.**

La/il sottoscritta/o

Nome		Cognome		Codice fiscale *	
Comune di nascita		Prov.	Data di nascita	Documento di identità	
Comune di residenza		Prov.	Indirizzo		
Recapito telefonico *			e-mail *		

in quanto genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Classe/Sez	Scuola
			<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, di avere informato il (barrare la voce attinente)

Pediatra di Famiglia Medico di Medicina Generale

Nome	Cognome

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre lo/la studente/ssa al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie senza sintomi Covid-19-correlabili.

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso il Servizio educativo dell'infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data,

Firma del genitore/tutore