



AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO IN CASO DI ASSENZA SUPERIORE AI TRE GIORNI PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

ASSENTE dal _____ al _____,

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 D.P.R. n. 445/2000):

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale
Dott. _____

il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;
chiede pertanto la riammissione presso la scuola.

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

FIRMA

Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non COVID-correlate in bambini che frequentano servizi educativi e scuole per infanzia (0-6 anni); sia per tutte le altre scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.