

All. n.1

AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA PATOLOGIE NO COVID-19

Alla cortese attenzione
Scuola Primaria Paritaria

Loro sedi

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19-correlate. (fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni per gli altri ordini di scuola)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ () il __/__/____, residente nel comune
di _____, alla via _____ n. _____
Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di (cognome) _____
(nome) _____, nato/a a _____ ()

Il __/__/____, assente dal __/__/20__ al __/__/20__,

{compilare in caso di minore o di soggetto sottoposto a tutela}

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

Dr.ssa/Dr. (cognome) _____ (nome) _____

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate.

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 la Scuola dell'Infanzia _____.

Data, __/__/__

Firma del genitore/tutore
