



Allegato A – Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19

(Fac simile)

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto Scolastico/Ateneo-Facoltà

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)

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 (*barrare la voce che ricorre*):

alunno frequentante l’Istituto scolastico / plesso sopra indicato;

genitore o tutore di:

| Nome | Cognome | Codice fiscale * |
|------|---------|------------------|
| | | |

D I C H I A R A

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, ____/____/20____

Firma del genitore/tutore o dell’alunno maggiorenne