

Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza per motivi di salute No- Covid

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____

il ____ / ____ / _____, residente in _____,

Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (*cognome*) _____ (*nome*),

nato/a a _____ il ____ / ____ /20____, assente dal ____ / ____ /20____ al
____ / ____ /20____,

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 sentito il [Pediatria di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa _____ (cognome in stampatello)

_____ (nome in stampatello)

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica.

Data, _____ / ____ /20____

Firma (del genitore, tutore)

Allegare fotocopia documento di riconoscimento