

Oggetto: AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/A A SCUOLA
IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-19 CORRELATE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ C.F. _____

residente in _____ Via/Piazza _____

in qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale dell'alunno/a

_____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____

frequentante la sezione / classe _____ di

Scuola dell'Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di 1° grado

ASSENTE dal _____ al _____

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

DICHIARA

di aver sentito il pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. _____ il quale non ha ritenuto necessario sottoporre il/la suddetto/a figlio/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

CHIEDE

pertanto la riammissione del/la suddetto/a figlio/a presso la scuola dal _____.

Augusta, _____

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale
