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

AI Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.** | **Dato di nascita** | **Documento di identità** |
|  |  |  |  |
|  **Comune di residenza** | **Prov.** | Indirizzo |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Recapito telefonico** \* |  e-mail \* |
|  |  |

in quanto *(barrare lvi voce che ricorrre j;,-*

 alunno frequentante l’Istituto scolastico 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 ( Io/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’Istituto scolastico.

Data, 20

 Firma del genitore/tutore o dell’alunno maggiorenne

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_