

Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni altri ordini di scuola) per motivi di salute No- Covid

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