



Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza

(fino a 3 giorni scuola infanzia) 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 [Pediatra 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)



**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola per assenza causata da
motivi di famiglia**

**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____,

**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, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di
prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della
salute della collettività,**

DICHIARA

**che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di
assenza dallo stesso NON è dovuto a motivi di salute, ma legato ad
esigenze familiari _____:**

**Dichiara altresì che durante il suddetto periodo il proprio figlio non ha
presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.**

Data, _____/____/20____