

ALLEGATO 1

**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____

Firma (del genitore, tutore)