

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 [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 e dichiaro che l'altro genitore è informato e concorde sulla presente autocertificazione.

Data, _____ / ____/20____

Firma (del genitore, tutore)