

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO A SCUOLA IN CASO DI
ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE
(da consegnare all'insegnante di classe)**

Il/la sottoscritto/a

_____ nato/a a _____ il

_____ residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

cognome _____ **nome** _____ **classe** _____ **sez.**

_____ **plesso** _____

☐ Scuola infanzia ☐ scuola primaria ☐ scuola secondaria I°

☐ assente dal _____ al _____,

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

D.P.R. n. 445/2000):

☐ di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale

Dott. _____ i

Il quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

☐ di non avere richiesto alcun parere medico poiché i sintomi rilevati non erano suggestivi di COVID-19, pertanto la famiglia si assume la piena responsabilità della valutazione dello stato di salute del minore.

CHIEDE

pertanto la riammissione a scuola dell'alunno.

Data _____

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale

firma

***NOTA BENE: consultare il medico è obbligatorio in caso di allontanamento da scuola per sintomi suggestivi di COVID-19**