

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO ALUNNO A SCUOLA
IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-19 CORRELATE**

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

in n qualità di genitore dell' alunno/a _____ nato a _____
il _____ frequentante la classe ____ sez. ____ indirizzo _____
di questa Istituzione scolastica
assente da scuola 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 Medico di Medicina Generale/ Pediatra Dott. _____

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

Chiede pertanto la riammissione alle lezioni presso la scuola

Data _____

Il genitore
