

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

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

in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di: _____

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 Medico di Medicina Generale Dott. _____

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

Chiede pertanto la riammissione presso la scuola di servizio

Data _____

Il Lavoratore
