

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA PER
MOTIVI DI SALUTE NON RICONDUCEBILI AL COVID**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____

In qualità di genitore/tutore dell'alunno/a _____ nato/a
_____ il _____ frequentante la classe _____ dell'Istituto, assente
da scuola dal ___/___/20___ al ___/___/20___,

consapevoli delle responsabilità derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (D.P.R.
n. 445 del 28.12.2000) e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione
finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

DICHIARA

di avere sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale, Dott./Dott.ssa
_____ 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.

Il sottoscritto chiede pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica.

Paternò, ___/___/20___

Firma (del genitore, tutore)

Spazio riservato all'amministrazione, non scrivere

Il Dirigente Scolastico (o suo delegato), avendo preso visione della richiesta,

la accoglie

la respinge

Paternò, ___/___/20___

Firma del DS (o delegato)
