



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE

Rosa Luxemburg



ISTITUTO PROFESSIONALE SERVIZI SOCIO-SANITARI E COMMERCIALI / LICEO ARTISTICO GRAFICO - MULTIMEDIALE / ISTITUTO TECNICO AGRARIO



**ALLEGATO N. 1**

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza fino a 5 giorni per motivi di salute No-Covid (studenti maggiorenni, genitori di studenti minorenni)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- in qualità di studente maggiorenne frequentante la classe \_\_\_\_\_, sede \_\_\_\_\_
- in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome), nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_, sede \_\_\_\_\_

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.

Chiede pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica.

Luogo e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_