



**Autocertificazione per il rientro a scuola - Assenza fino a 5 giorni per motivi di salute non Covid**  
Studenti e studentesse maggiorenni o genitori/tutori di studenti minorenni

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

*(barrare la casella di interesse)*

- studente maggiorenne frequentante la classe \_\_\_\_\_, sede \_\_\_\_\_
- 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./Dott.ssa (cognome e 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

\_\_\_\_\_