



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
