



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
