

ALLEGATO 1

Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni altri ordini di scuola) per motivi di salute No - Covid19

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il ____/____/_____, residente in _____,
Codice Fiscale _____

In qualità di genitore o tutore di

_____ (cognome) _____ (nome), nato/a a
_____ il ____/____/20____,

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.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica.

Acireale, ____/____/20____

Firma (del genitore, tutore)