

Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo "Jannuzzi-Mons. Di Donna"

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie **NON Covid19- correlate** (fino a 10 gg.).

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo	

Recapito telefonico *	e-mail *

in quanto genitore o tutore dell'alunno:

Nome	Cognome	Codice fiscale *	Classe e sezione

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 informato mediante messaggistica digitale o comunicazione elettronica il (barrare la voce attinente)

Pediatra di Famiglia

Medico di Medicina Generale

Nome	Cognome

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie senza sintomi Covid-19-correlabili.

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso questa scuola.

Data, ____/____/20__

Firma del genitore/tutore
