Al Dirigente dell’ I.C. D’Azeglio – De Nittis

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19-correlate**

La/Il sottoscritta/o

| **Nome** | **Cognome** | **Codice Fiscale** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

| **Comune di nascita** | **Provincia** | **Data di Nascita** | **Documento di Identità** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

| **Comune di residenza** | **Prov.** | **Indirizzo** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

| **Recapito telefonico** | **Indirizzo e-mail** |
| --- | --- |
|  |  |

in quanto genitore o tutore di:

| **Nome** | **Cognome** | **Codice fiscale** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**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 (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 il servizio educativo dell’infanzia/ Istituto scolastico.

Data, Firma del genitore/tutore