# AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA PATOLOGIE NO COVID-19

Alla Dirigente Scolastica

I.T. NOTARANGELO-ROSATI

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

Il/la sottoscritto/a , nato/a a

( ) il / / , residente nel comune di ,

alla via

n.

Codice Fiscale

. In qualità di genitore o tutore di

(cognome) (nome),

nato/a a ( ) il / / , 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 il (barrare la voce attinente)

□ Pediatra di Famiglia □Medico di Medicina Generale

Dr.ssa/Dr. (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, in quanto l’assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate. 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 l’I.T. NOTARANGELO-ROSATI di Foggia.

Data, / /20

Firma del genitore/tutore o dell’alunno maggiorenne (\*)

……………………………………………………….

\*“Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di avere effettuato la scelta /richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

Data, / /20

Firma del genitore/tutore

……………………………………………………….