

Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni) per motivi di salute No- Covid

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 ____/____/_____,
assente dal ____/____/_____
al ____/____/_____,

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, Dott./ssa _____ (cognome in stampatello) _____ (nome in stampatello)

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno 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..

Data, _____
____/____/____

Firma (del genitore, tutore)
