**Allegato A - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid- 19**

AI Dirigente Scolastico

Liceo G.B. Vico

Laterza

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19- correlate. ( fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni per gli altri ordini di scuola)**

Il / La sottoscritto/a

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 di alunno frequentante l’ istituto scolastico sopra indicato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Codice fiscale \* | classe |
|  |  |  |  |
| ASSENTE NEI GIORNI : |  | | |

D I C H I A R A

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nome | Cognome |
|  |  |

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre ( Io/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 chiede la riammissione presso il Servizio educativo dell’Istituto scolastico.

Data, Firma del genitore