

**Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza per motivi di salute No Covid
(fino a 3 giorni per scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni per altri ordini di scuola)**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il ____/____/_____, residente in _____

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome) _____ (nome), nato/a
a _____ il ____/____/20____, frequentante la classe _____
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 sentito il Pediatra di Libera Scelta / Medico di Medicina Generale (cancellare la voce non attinente),
Dott./ssa _____ (cognome e nome leggibili) il/la quale non ha
ritenuto necessario sottoporre l'alunno/a 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, ____/____/20____

Firma del genitore o tutore