

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Cessaniti**

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola
infanzia ovvero fino a 05 giorni altri ordini di scuola) 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 ____/____/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 Famiglia
/ Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa
_____ (cognome in stampatello) _____
(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 come disposto da
normativa nazionale e regionale.

Chiede pertanto la riammissione del proprio figlio presso l'Istituzione scolastica..

Data, _____ / ____/20____

Firma (del genitore, tutore)