

**ATTESTAZIONE PER IL RIENTRO DELLO STUDENTE**  
**IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci ai sensi del Codice penale e delle Leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n 445/2000:

di aver sentito il Pediatra di Famiglie / Medico di Medicina Generale

Dott./Dott.ssa:

\_\_\_\_\_

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre lo studente al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale. Chiede, pertanto, la riammissione a scuola.

Data \_\_\_\_\_

Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non COVID-correlate, sia per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_