

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
