**ALLEGATO 1 - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19**

Al Dirigente Scolastico

# 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 , nato/a a (\_ ) il / / , residente nel comune di

, alla via n. Codice Fiscale \_.

In qualità di genitore o tutore di (cognome)

(nome), nato/a a ( ) il \_/ \_/20 \_, assente dal / /20 al \_/ \_/20 \_,

*(compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta a tutela)*

# 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 informato il (barrare la voce attinente)

Pediatra di Famiglia Medico di Medicina Generale Dr.ssa/Dr. (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, in quanto l’assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate.

Consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al

contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso il Servizio educativo dell’infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data, \_/ \_/20

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_