



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO "DE AMICIS "

Piazza Mons. Lopez, 23

76017 San Ferdinando di Puglia (BT)

Tel.: 0883.621040 - Fax: 0883.622365 – CM FGIC855008 – CF 90091040726

fgic855008@istruzione.it- fgic855008@pec.istruzione.it-

www.comprensivodeamicis.edu.it

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

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 o dell'alunno maggiorenne