



Allegato A – Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19

(Fac simile)

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto Scolastico/Ateneo-Facoltà

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)

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Recapito telefonico *	e-mail *

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

alunno frequentante l’Istituto scolastico / plesso sopra indicato;

genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

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

Nome	Cognome

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 senza sintomi Covid-19-correlabili.

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



Allegato B – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia

(Fac simile)

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto Scolastico/Ateneo-Facoltà

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo	
Recapito telefonico *		e-mail *	

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

- alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato;
 genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

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 e 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, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

- esigenze familiari (specificare):
 per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.
 altro (specificare): _____

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

Data, / /20

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne