

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI
DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE E GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E
FORMAZIONE PROFESSIONALI (IEFP) ⁽¹⁾**

IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di: _____

nato a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

ASSENTE dal _____ al _____

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 D.P.R. n. 445/2000:

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

Dott. _____

Il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

Chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia.

Data _____

Il Genitore/titolare
della responsabilità genitoriale

⁽¹⁾ Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non Covid-correlate in bambini che frequentano servizi educativi e scuole per infanzia (0-6 anni); sia per tutte le altre scuola per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non Covid-correlate.