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

Al Dirigente scolastico
I.C. Settanni-Manzoni
Sede

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,

**CHIEDE**

la riammissione presso X Scuola dell'Infanzia_____ (specificare plesso, ) X Scuola Primaria G. Settanni , X S.S.I grado A. Manzoni.

Data, ____/____/20____ Firma del genitore/tutore

## ALLEGATO 2 – 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.**