

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELLO STUDENTE/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE E GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IeFP)**

**IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

*oppure*

in quanto operatore scolastico

ASSENTE dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci 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./Dott.ssa: \_\_\_\_\_

il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale. Chiede, pertanto, la riammissione presso la scuola.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale

L'operatore scolastico

\_\_\_\_\_