
# 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 \*** |
|  |  |  |

**D I C H I A R A**

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 dapatologie 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, / /21

 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)*

##### D I C H I A R A

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, / /21

Firma del genitore/tutore o dell’alunno maggiorenne