

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/A OPERATORE/TRICE  
SCOLASTICO/A NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO IN CASO DI ASSENZA  
**PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

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

dell'alunno \_\_\_\_\_ 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 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 di appartenenza.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

operatore/trice scolastico/a

\_\_\_\_\_