

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

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 titolare delle 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 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/operatore scolastico

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 l'infanzia (0-6 anni); sia per tutte le altre scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non COVID-correlate.