

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA  
(FINO A 10 GIORNI) PER MOTIVI DI SALUTE NO-COVID**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome),  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

**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 sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (*cancellare la voce non attinente*), Dott./ssa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (*cognome e 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 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica.

Data, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma (del genitore, tutore)