

# ALLEGATO - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie Covid-19

Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo

Modugno Rutigliano Rogadeo

Bitonto

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie Covid19-correlate.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente nel comune di \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ . In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome), nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, (compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta a tutela)

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 informato il (barrare la voce attinente)

- Pediatra di Famiglia
- Medico di Medicina Generale

Dr.ssa/Dr. \_\_\_\_\_ (cognome in stampatello) \_\_\_\_\_

(nome in stampatello) il/la quale ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie Covid19-correlate

Di aver sottoposto a tampone di controllo per isolamento/quarantena/sorveglianza scolastica in data \_\_\_\_\_ il proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome), nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) con esito \_\_\_\_\_

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 l'Istituto scolastico plesso di \_\_\_\_\_.

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

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne