

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 320 del 11.09.2020. pag. 3

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL 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 PROFESSIONALI (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 della 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 tre giorni per patologie non COVID-correlate in bambini che frequentano servizi educativi e scuole per infanzia(0-6 anni); sia per tutte le altre scuole per assenza di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.

