

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "A. MANZONI – D. ALIGHIERI"
DI CELLINO SAN MARCO/SAN DONACI

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI
EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

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 (docente, personale ATA, OSS., Assistenti alla persona, tirocinanti, ecc.)

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