

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE E GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE (IEFP)<sup>1</sup>

**IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il

Residente in \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di : \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

**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.444/2000) :

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/CFP.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/ titolare della responsabilità genitoriale

---

<sup>1</sup> Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non COVID-correlate per tutte le scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-COVID correlate