



**ALLEGATO 1 - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19**

Al Dirigente dell'Istituto  
IISS Gorjux Tridente Vivante

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19-correlate. ( fino a 10 giorni)**

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 non 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 NON Covid19-correlate. 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 il Servizio educativo dell'infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Firma dell'esercente la potestà genitoriale/tutore



## ALLEGATO 2 – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia

Al Dirigente dell'Istituto  
IISS Gorjux Tridente Vivante

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.**

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 sottoposto 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 e 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, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

esigenze familiari (specificare):

\_\_\_\_\_  per quarantena

precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

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

Firma dell'esercente la potestà genitoriale/tutore



REGIONE  
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL  
BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

