



**Allegato A – Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19**

**Al Dirigente dell' IISS "Gorjux Tridente Vivante"**

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

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo	

Recapito telefonico *	e-mail *

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

- alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato;
- genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

**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 mediante messaggistica digitale o comunicazione elettronica il (*barrare la voce attinente*)

Pediatra di Famiglia

Medico di Medicina Generale

Nome	Cognome

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [Io/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie senza sintomi Covid-19-correlabili.

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