**Autocertificazione rientro in caso di assenza per patologie NON Covid‐19**

Al Dirigente Scolastico

dell’ISTITUTO SUPERIORE STATALE “D.M.TUROLDO”

ZOGNO (BG)

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

La/il sottoscritta/o

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME  | COGNOME | CODICE FISCALE |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| RECAPITO TELEFONICO | E.MAIL |
|  |  |

In quanto genitore o tutore dell’alunno

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME  | COGNOME | CODICE FISCALE |
|  |  |  |
| classe | Indirizzo studi |
|  |  |

assente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

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

|  |  |
| --- | --- |
| NOME  | COGNOME |
|  |  |

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la alunno/a] 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, **CHIEDE** la riammissione presso l’Istituto Superiore “D.M.Turoldo” di Zogno.

 Luogo …………………

 Data …………………

Firma del genitore/tutore