

MODELLO B

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1^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. _____ dal _____ al _____,

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente 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 sottoporre il proprio figlio al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale; chiede, pertanto, la riammissione a scuola.

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

- 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 l'infanzia (0-6 anni); sia per la scuola primaria e secondaria, per assenze fino a 10 giorni relative a patologie non-COVID correlate