

Istituto Tecnico del Settore Economico
"Aldo Capitini"

Via Goldoni - 51031 Agliana (PT)

All-11 AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA DOPO BREVE ASSENZA

Il/la sottoscritto/a:

Nome e Cognome	
----------------	--

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ indirizzo _____

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale, o alunno maggiorenne) dell'alunno/a,

Nome e cognome _____

ASSENTE DAL ____/____/____ al ____/____/____

Per (barrare la casella interessata)

- 1) Assenza NON dovuta a malattia
- 2) Assenza per patologie NON COVID-19 correlate
- 3) Assenza per indagine diagnostica per COVID-19 con esito negativo

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 del DPR 445/2000:

(Barrare la casella corrispondente alla lista precedente)

- 1) CHE L'ASSENZA E' DOVUTA A MOTIVI FAMILIARI e **pertanto richiede la riammissione a scuola.**
- 2) DI AVER CONSULTATO 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 dalle vigenti normative nazionali e regionali e **pertanto richiede la riammissione a scuola.**
- 3) si allega ATTESTAZIONE del medico e **si richiede la riammissione a scuola.**

Data ____/____/____

Firma: Il genitore (o titolare resp. genitoriale o alunno maggiorenne)
