

**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)

\_\_\_\_\_