*ALLEGATO B*

AL DIRIGENTE

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO

COLLEPASSO-TUGLIE

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 5 giorni altri ordini di scuola) per motivi di salute No- Covid**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenti in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*cognome*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nome*), nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, 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,

di avere sentito il Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale, Dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre lo/la studente/ssa al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedono, pertanto, la riammissione presso l’Istituzione scolastica.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_