

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO  
" DON LORENZO MILANI "  
Via Federico de Roberto, n.2 – Misterbianco**

**Autocertificazione 1**

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni altri ordini di scuola) per motivi di salute No-Covid**

Il/la sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_,

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore

del minore COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_,

frequentante questo Istituto scolastico nel seguente ordine di scuola:

scuola dell'infanzia                      sezione \_\_\_\_\_

scuola primaria                              classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

scuola secondaria di I grado      classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

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 sentito il [Pediatria di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa \_\_\_\_\_ (cognome in stampatello) \_\_\_\_\_ (nome in stampatello) 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.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica..

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

Firma (del genitore, tutore)

\_\_\_\_\_