

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (leFP)¹

IN CASO DI ASSENZE PER PATOLOGIE NON COVID CORRELATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in _____ Codice Fiscale _____

☐ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Codice Fiscale _____

Oppure

☐ in quanto operatore scolastico

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 D.P.R. n. 445/2000:

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale

Dott./Dott.^{ssa} _____

Il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo per l'infanzia.

Data, _____

Il genitore
Il titolare della responsabilità genitoriale
L'operatore scolastico
