

**AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA
PER ASSENZA PER MOTIVI DIVERSI DALLA MALATTIA**

ALLA CORTESE ATTENZIONE DIREZIONE
"AGAPE" SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA STELLA STELLINA - ASILO NIDO
VIA FONDO NOCE, 14/F
CAP 76011 BISCEGLIE (BT)

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19- correlate.**
(fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni per gli altri ordini di scuola)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ prov. ____ il ____/____/____ ,
residente nel comune di _____ prov. _____,
alla via _____ n. _____
Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di:

(cognome) _____ (nome) _____,

nato/a a _____ prov. ____ il ____/____/____ ,

assente dal ____/____/____ al ____/____/____,
{compilare in caso di minore o di soggetto sottoposto a tutela}

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 informato il (barrare la voce attinente)

☐ Pediatra di Famiglia

☐ Medico di Medicina Generale

Dr.ssa/Dr. (cognome) _____ (nome) _____

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre il minore al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate. Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività,

CHIEDO

la riammissione presso la **"AGAPE" SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA STELLA STELLINA - ASILO NIDO**

Luogo e data _____

Firma del genitore

La presente autocertificazione ha validità solo se integrata della fotocopia del documento di identità del genitore