



**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"VIA SACCO E VANZETTI"  
TORREMAGGIORE (FG)**

**ALLEGATO 1 - AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA PATOLOGIE NO COVID-19**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "Via Sacco e Vanzetti"  
Torremaggiore (FG)

**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)

li/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( )  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente nel comune di \_\_\_\_\_ ( ), alla via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome),  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, assente dal \_\_\_/\_\_\_/2021  
al \_\_\_/\_\_\_/2021, - classe \_\_\_ sez. \_\_\_ della  Scuola Media  Scuola Infanzia  Scuola Primaria

*(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 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, 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 l'Istituto scolastico.

Torremaggiore, \_\_\_/\_\_\_/2021

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne

\_\_\_\_\_