

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

ALLA CORTESE ATTENZIONE DIREZIONE  
**SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA  
I PICCOLI GIGANTI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE A R. L.**  
VIA AMMIRAGLIO VACCA, 113/74 - 86  
CAP 70032 BITONTO BA

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 **SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA I PICCOLI GIGANTI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE A R. L.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

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