

**Allegato A – Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza per patologie non Covid-19 correlate (fino a 3 giorni per la scuola dell'infanzia e fino a 10 per la scuola primaria)**

**Al Dirigente Scolastico  
II C.D. Giovanni XXIII Triggiano  
(plessi Giovanni XXIII-Rodari-Montessori)**

Il/La sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
documento di identità \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

in quanto genitore/ tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, frequentante la sez./classe \_\_\_\_\_ del  
plesso \_\_\_\_\_

**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 informato il (barrare la voce attinente)

Pediatra di famiglia nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

che non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie senza sintomi Covid-19 correlabili.

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**

che l'alunno/a sia riammesso/a a scuola.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_