



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
**“P. Giannone – E. De Amicis”**  
C.so Giannone, n°98 – Caserta



## **AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA**

### **IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_.

- In qualità di genitore o tutore (titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome), nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- In qualità di lavoratore della scuola (insegnante o personale ATA).
- In qualità di operatore esterno che presta servizio a scuola (OSE, OSA, etc.)

[mettere una croce sulla voce interessata]

assente dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_,

### **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 sentito il [Pediatra di Famiglia / M.M.G.] (cancellare la voce non attinente),

Dott./ssa \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [ l'alunno/a / il sottoscritto lavoratore] (cancellare la voce non attinente) al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'IC "GIANNONE-DE AMICIS".

Data, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Firma (del genitore, tutore, lavoratore)

\_\_\_\_\_