



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)
