|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Immagine che contiene disegnando  Descrizione generata automaticamente** |  |
| Viale delle Terme, 5 - 98050 Terme Vigliatore (ME)Tel. 090 9781254 – Fax 090 9783472Cod. Meccanografico MEIC85700X – C.F. 83001910831PEO: meic85700x@istruzione.it – PEC: meic85700x@pec.istruzione.it - Sito WEB: www.ictermevigliatore.edu.it |
| Allegato 1 |

**OGGETTO:**Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni altri ordini di scuola) per motivi di salute non sospetti per Covid-19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome), nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

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 / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre[lo/la studente/ssa ] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale. Chiedo pertanto la riammissione presso l’IC “Terme Vigliatore”.

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

Firma
(del genitore, tutore)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_