REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto Scolastico/Ateneo-Facoltà

_____

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)

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Recapito telefonico *	e-mail *

in quanto *(barrare la voce che ricorre)*:

☐ alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato;

☐ genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

D I C H I A R A

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

Nome	Cognome

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva dapatologie 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** la riammissione presso il Servizio educativo dell'infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data,____/____/20____ Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne