

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO <sup>1</sup>**

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

Il/la sottoscritto/a

.....  
..... nato/a a ..... il ..... residente in

.....  
C.F. ....

in qualità di genitore (*o titolare della responsabilità genitoriale*) dell'alunno/a

..... scuola infanzia/primaria

..... cl. ....

nato/a a ..... il .....

**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:

**di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale** il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

**CHIEDE**

pertanto la riammissione a scuola.

Fano, ... / ... / ...

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

.....

<sup>1</sup> Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non COVID-correlate in bambini che frequentano servizi educativi e scuole per infanzia (0-6 anni), che per tutte le altre scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.