

**MOD. 2- AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/A NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI
DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO**

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) di _____ nato/a a
_____ il _____ residente in _____
C.F. _____

ASSENTE dal _____ al _____,

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 aver sentito il Pediatra di Famiglia Dott. _____ 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 presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia.

Data _____ Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

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); sia per tutte le altre scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.