

**Oggetto: Autocertificazione assenza inferiore a 5 giorni per motivi di salute No 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 del codice penale e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione dei COVID-19 per la tutela della salute della comunità, di aver sentito il Pediatra di famiglia/Medico di Medicina Generale (cancellare la voce non attinente Dr.(cognome e nome in stampatello) \_\_\_\_\_ 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'istituzione scolastica

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

Firma (del genitore, tutore)

\_\_\_\_\_