



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "G. SEGANTINI" ASSO**

Viale Rimembranze 17 - 22033 ASSO (CO)

Tel. 031 672089 – coic803003@istruzione.it – coic803003@pec.istruzione.it

C.F : 82002020137- Cod. Mecc. COIC803003 - indirizzo internet: [www.scuoleasso.edu.it](http://www.scuoleasso.edu.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO A SCUOLA**

(da consegnare all'insegnante di classe)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

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

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_

scuola dell' Infanzia  scuola primaria  scuolasecondaria di I grado plesso di \_\_\_\_\_

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 Libera scelta/Medico di Medicina generale il quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

di non avere richiesto alcun parere medico poiché i sintomi rilevati non erano suggestivi di COVID-19, pertanto la famiglia si assume la piena responsabilità della valutazione dello stato di salute del minore.

di essere/ non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni (dal.....al .....)

ALTRO (specificare la motivazione) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

pertanto la riammissione a scuola dell'alunno.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale

firma \_\_\_\_\_

**\*NOTA BENE: consultare il medico è obbligatorio in caso di allontanamento da scuola per sintomi suggestivi di COVID-19, ed è consigliato negli altri casi.**