



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

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.**