



Istituto Comprensivo Statale "De Amicis-Milizia"
Via R. Lombardi, 7 – 72024 Oria (BR) – tel. 0831845555 telefax: 0831.845016
C.M. bric825006 C.F. 80003090745 e-mail: bric825006@istruzione.it



Unione Europea
FONDI "Competenze per lo Sviluppo" (FSE)
FONDI "Ambiente per l'apprendimento" (FESR)
D.G. Cooperazione Regionale e per i Dipartimenti
D.G. Politiche Regionali



Ministero dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
D.G. per gli Affari Internazionali - Ufficio IV
Programmazione e gestione dei fondi strutturali europei
e nazionali per lo sviluppo e la coesione sociale



2007-2013
Con l'Europa investire nel vostro futuro



ALLEGATO 1 - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19

Al Dirigente Scolastico

1° Istituto Comprensivo "De Amicis – Milizia" di Oria

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19-correlate.**

(fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni per gli altri ordini di scuola)

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ (____) il ____/____/____, residente nel comune di

_____, alla via _____ n. _____

Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome)

_____ (nome), nato/a a _____ (____)

il ____/____/20____, iscritto/a e frequentante nell'a.s. 20____/20____ la classe/sez _____

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 e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, di avere informato il (barrare la voce attinente)

Pediatra di Famiglia Medico di Medicina Generale

Dr.ssa/Dr. _____ (cognome in stampatello) _____

(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, in quanto l'assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate.

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività,

CHIEDO la riammissione presso la scuola:

Infanzia Plesso Montalbano/G. De Marzo

Primaria De Amicis /Montalbano

Secondaria di 1^ grado Milizia

Data, ____/____/20____

Firma del genitore/tutore