



**ISTITUTO COMPRENSIVO
"MARTIN LUTHER KING"**

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

71021 ACCADIA (FG)

Via Roma, 24 - tel. e fax. 0881 981370

fgic819005@istruzione.it - www.icmlkaccadia.edu.it - fgic819005@pec.istruzione.it

Allegato A – Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19

Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo "Martin Luther King"

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)

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo	

Recapito telefonico *	e-mail *

- in quanto (*barrare la voce che ricorre*):
- genitore o tutore di:
- alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato;

Nome	Cognome	Codice fiscale *

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

Nome	Cognome

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 senza sintomi Covid-19-correlabili.

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 L'Istituto scolastico "Martin Luther King" – Scuola _____

Plesso di _____

Data, ___/___/___

Firma del genitore/tutore dell'alunno
