

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**IC "MARCO POLO" CARTOCETO**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA (FINO A 3 GIORNI  
SCUOLA INFANZIA OVVERO FINO A 10 GIORNI ALTRI ORDINI DI SCUOLA)  
PER MOTIVI DI SALUTE NO- COVID**

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

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

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale di

\_\_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**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. **di aver sentito il Pediatra di libera scelta / Medico di medicina generale**

Dott. \_\_\_\_\_

il quale **non** ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

**CHIEDE**

pertanto la riammissione presso la scuola \_\_\_\_\_

1. Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non COVID-correlate in bambini che frequentano servizi educativi e scuole per Infanzia (0-6 anni), sia per tutte le altre scuole per assenza di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_