**AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/lasottoscritto/a nato/aa il

residentein C.F

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)di

nato/a a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_\_

residentein C.F.

ASSENTEdal 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 Famiglia / Medico di Medicina GeneraleDott.

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 a scuola.

Data

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_