



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "D'ALESSANDRO-VOCINO"

Via Dei Sanniti, 12 – 71015 Sannicandro Garg.co (Fg)
Tel.0882-473974

C.F. 93071610716- C.M. FGIC87900R
- e-mail : FGIC87900R@istruzione.it FGIC87900R@pec.istruzione.it
<https://www.icdalessandro-vocino.edu.it/>

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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)

per ASSENZA dal: _____ a tutto il: _____

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:

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 il Servizio educativo dell'infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data, ___/___/20___

Firma del genitore/tutore _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "D'ALESSANDRO-VOCINO"

Via Dei Sanniti, 12 – 71015 Sannicandro Garg.co (Fg)
Tel.0882-473974

C.F. 93071610716- C.M. FGIC87900R
- e-mail : FGIC87900R@istruzione.it FGIC87900R@pec.istruzione.it
<https://www.icdalessandro-vocino.edu.it/>

Allegato B – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.

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:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

assente dal ___/___/20___ al ___/___/20___

(compilare in caso di minore o di soggetto sottoposto a tutela)

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 e 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, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

- esigenze familiari (specificare): _____
- per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.
- altro (specificare): _____

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

Data, _____

Firma del genitore/tutore _____