

AUTOCERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a.....
(cognome) (nome)

nato/a a (.....) il
(luogo) (prov.) (data)

Alunno della classe (se maggiorenne), oppure:

Genitore dell'alunno della classe

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

di avere sentito il Medico di famiglia (o Pediatra) , Dott./ssa _____ ,
in data _____ il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso
diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica essendo cessati i sintomi che ne hanno
determinato l'assenza.

Data, _____

FIRMA
