

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

ALLEGATO 1 - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19

Al Dirigente Scolastico dell'IC "San G. Bosco"-TA

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)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (____) il ____/____/_____, residente nel comune di _____,
alla via _____ n. _____

Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome)
_____ (nome), nato/a a _____ (____)
il ____/____/20____, assente dal ____/____/20____ al ____/____/20____,

(compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta 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, di avere informato il (barrare la voce attinente)

☐ Pediatra di Famiglia

☐ Medico di Medicina Generale

Dr.ssa/Dr. _____ (cognome in stampatello) _____
(nome in stampatello) 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 NON Covid19-correlate.

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 o dell'alunno maggiorenne

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

ALLEGATO 2 – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia

Al Dirigente Scolastico dell'IC "San G. Bosco"-TA

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

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ (____) il ____/____/____, residente nel comune di _____, alla via _____ n. _____

Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome) _____ (nome), nato/a a _____ (____)

il ____/____/20____, 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 [Io/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.

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

Data, ____/____/20____

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne

www.regione.puglia.it

Dipartimento promozione della salute, del benessere e dello sport per tutti
Via Giovanni Gentile n. 52 - 70126 Bari