

ASILO INFANTILE “UMBERTO I”

SCUOLA INFANZIA PARITARIA
ENTE MORALE FONDATA NEL 1873

MODULO B

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELLO STUDENTE NELL’AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL’INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE E GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (leFP)

IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____
residente in _____
C.F. _____

in qualità di genitore (o di titolare della responsabilità genitoriale) di _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____
C.F. _____

ASSENTE dal _____ al _____

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci 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 Generale
Dott./Dott.ssa: _____

il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale. Chiede, pertanto, la riammissione presso la scuola.

Data _____

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale
