



**REGIONE
PUGLIA**

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

ALLEGATO 1 - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19
(Fac simile)

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto
Scolastico/Ateneo-Facoltà

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