



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Professionale
Enogastronomia e Ospitalità Alberghiera

"E. Mattei"

VIESTE (FG)



Loc. Macchia di Mauro - 71019 Vieste (FG) - Tel. 0884 708428 - Fax 0884 702288 - C.M. FGRH010002
C.F. 83002560718 COD. UNIV. UFU1P1 C/C 13704713 e-mail: fgrh010002@istruzione.gov.it
sito web: www.ipssarvieste.edu.it posta certificata: fgrh010002@pec.istruzione.it

ALLEGATO 1

AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZA PATOLOGIE NO COVID-19

Al Dirigente Scolastico
dell'IPEOA E. MATTEI
VIESTE (FG)

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 ___/___/_____, assente dal ___/___/2021 al ___/___/2021,

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) _____ (nome)

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,

CHIEDE

la riammissione presso l'Istituto scolastico in intestazione

Data, ___/___/_____

Firma del genitore/tutore
