



Via Mamma Bella, 11, 73012 Campi Salentina (LECCE),
email: calasanzianecam1950@libero.it , oasimammabella@gmail.com
Sito web: www.oasimammabella.it . Tel. e Fax 0832/791012 c.m. LE1A01100B

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a tre giorni)
per motivi di salute No- Covid**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il ___/___/_____, residente in _____,
Codice Fiscale _____.

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

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 sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa _____ (cognome in stampatello) _____ (nome in stampatello) il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [il/la proprio/a figlio/a] 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.

Data, _____ / ___/20____

Firma (del genitore, tutore)
