



SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA
"GESU' EUCARISTICO"
via Giordano Bruno n.6- Taviano (Le)
Decreto: 08.02.2002

Tel./fax: 0833-912234

E-mail: suoretaviano@libero.it

Sito Web: www.suoredgetaviano.it



REGIONE
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL
BENESSERE ANIMALE

Allegato B

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

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

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo	

Recapito telefonico *	e-mail *

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

- alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato;
 genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

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 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 [lo/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.
 altro (specificare): _____

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

Data, / /20__

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne