



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 A -

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

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19- correlate.

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 *	

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 mediante messaggistica digitale o comunicazione elettronica il (barrare la voce attinente)

Pediatra di Famiglia

Medico di Medicina Generale

Nome		Cognome	

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 senza sintomi Covid-19-correlabili.

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