



**Allegato B – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia**

(Fac simile)

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

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>		<b>Codice fiscale *</b>
<b>Comune di nascita</b>		<b>Prov.</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Documento di identità</b>
<b>Comune di residenza</b>		<b>Prov.</b>	<b>Indirizzo</b>	
<b>Recapito telefonico *</b>			<b>e-mail *</b>	

in quanto (barrare la voce che ricorre):

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

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<b>Codice fiscale *</b>

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