



**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO A SCUOLA  
IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

(da consegnare all'insegnante di classe)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente in

\_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di  
(in caso di alunno maggiorenne non compilare questa seconda parte)

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,**

**DICHIARA**

di aver consultato il proprio Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_, il quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

**CHIEDE**

pertanto che il proprio figlio (in caso di studente maggiorenne CHE IL SOTTOSCRITTO) venga riammesso a scuola in quanto **GUARITO**.

Luogo e data

Il genitore o lo studente maggiorenne  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_