

Al Dirigente Scolastico

delI’lstituto Comprensivo “Manzoni-Poli”

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 genitore o tutore di:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cognome** | **Codice fiscale \*** |
|  |  |  |

assente dal / /22\_ al / \_/22\_ ,

**D I C H I A R A**

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.

Molfetta, \_\_\_/\_\_\_ / Firma del genitore/tutor