

## **AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA**

Il sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dell'Istituto Paritario **Casa di San Giuseppe**

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

### **DICHIARA**

*(barrare la voce che interessa)*

che l'assenza del proprio figlio/a dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ non è stata causata da malattia;

che l'assenza del proprio figlio/a dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ è stata causata da patologia diversa da infezione da SARS-CoV-2 ed è completamente guarito/a, pur essendo privo/a di certificato medico rilasciato dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale

altro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del Genitore/Tutore legale**

\_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*