

## AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA DELL'ALUNNO

Il/la sottoscritto/a .....nato/a.....

il.....residente in.....

In qualità di genitore ( o titolare della responsabilità genitoriale)

dell'alunno/a.....

della classe.....sezione.....

della scuola..... ( specificare Infanzia, primaria, Sec. 1° grado)

### DICHIARA

( ai sensi della normativa vigente che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del CP e leggi speciali in materia ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR 445/2000)

- che l'assenza del..... NON è stata determinata da malattia. Motivazione  
.....
- che per l'assenza del.....di avere sentito il Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina  
Generale Dott.....  
che, secondo quanto indicato nel Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 del 28/08/2020, durante l'assenza  
non si sono manifestati sintomi compatibili con COVID-19

Chiede pertanto la riammissione a scuola

Licciana Nardi\_\_\_\_\_

Il genitore/titolare responsabile genitoriale  
\_\_\_\_\_

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016 e Dlgs 196/2003 e ss.mm.ii

Licciana Nardi\_\_\_\_\_

Il genitore/titolare responsabile genitoriale  
\_\_\_\_\_

Si precisa che la presente autocertificazione, ai sensi del punto 5.5 della delibera Regione Toscana 1256 del 15 settembre 2020 è valida **in caso di assenze inferiori o uguali a tre giorni** ( Scuola Infanzia ) **ed a 5 giorni** ( altri ordini di scuola) **riconducibili a patologie non COVID-19**