

**SUORE SALESIANE DEI SACRI CUORI
SCUOLA PARITARIA “Filippo Smaldone”
73100 LECCE – Via Giammatteo, 26**

Tel. 0832/ 390438– Fax 0832/ 399124– E-mail : direzione@scuolafilipposmaldone.it

Spazio web: <http://www.scuolafilipposmaldone.it>

Codice Fiscale N. 02641100587 Partita Iva N. 01093321006

Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a tre giorni Scuola dell’Infanzia e fino a cinque giorni per la Scuola Primaria) per motivi di salute No- Covid

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il ____/____/_____, residente in _____, Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome) _____ (nome), nato/a a _____ il ____/____/20____, frequentante la classe _____ assente dal ____/____/20____ al ____/____/20____,

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 di avere sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa _____ (cognome in stampatello) _____ (nome in stampatello) il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [il/la proprio/a figlio/a] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedo pertanto la riammissione presso l’Istituzione scolastica.

Data, _____ /____/20____

Firma (del genitore, tutore)
