

AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO PER MOTIVI DI SALUTE

NON RICONDUCIBILI A COVID 19

Modulo da inviare direttamente alla mail di sezione o al coordinatore di classe

AL COORDINATORE DI CLASSE/
ALLE DOCENTI DI SEZIONE

Oggetto: autocertificazione per rientro a scuola.

Il/la sottoscritt _____

Genitore dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ PR (____) il _____

Residente a _____ PR (____)

Via _____ n° _____

Frequentante la sezione e plesso _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

(barrare solo le caselle interessate)

- di aver consultato il proprio Pediatra di libera scelta;
- di essersi attenuto alle sue prescrizioni nei confronti della malattia contratta dal/la proprio/a figlio/a secondo il parere del pediatra non riconducibile a Covid 19;
- di essersi attenuto alle sue prescrizioni nei confronti della malattia contratta dal/la proprio/a figlio/a secondo il parere del pediatra e averlo sottoposto al tampone con esito NEGATIVO.

Cernusco sul Naviglio, _____

Firma _____