Alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

*(da consegnare al docente di classe)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno/a sopra indicato/a, consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

* che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente da scuola dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_, per un totale di \_\_\_\_\_\_ giorni;
* e *(selezionare l’opzione corretta)*.
* di aver sentito il Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale, il quale non ha ritenuto necessario sottoporre l’alunno al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;
* di non avere richiesto alcun parere medico poiché i sintomi rilevati non erano suggestivi di COVID-19, pertanto la famiglia si assume la piena responsabilità della valutazione dello stato di salute del minore.

CHIEDE

pertanto la riammissione a scuola dell’alunno.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I dati sopra indicati saranno trattati dall’istituzione scolastica nei limiti previsti dal Codice in materia di protezione dei dati personali.