**Allegato 2**

# AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL’ALUNNO A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

## (da consegnare all’insegnante di classe)

Il/la sottoscritto/a nato/a a

residente in

il

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno/a

cognome nome .

frequentante classe sez\_\_\_\_ del Liceo G. Galilei di Erba

☐ assente dal al ,

# 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 D.P.R. n. 445/2000):

☐ di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale

firma

# \*NOTA BENE: consultare il medico è obbligatorio in caso di allontanamento da scuola per sintomi suggestivi di COVID-19