

**OGGETTO: AUTODICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE DEGLI ALUNNI A SCUOLA A SEGUITO DI ASSENZE PER PATOLOGIE NON RICONDUCIBILI A COVID 19 NON SUPERIORI A 5 GIORNI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe ..... /sez..... Plesso ....., in  
ottemperanza alle disposizioni di legge (art. 46 del DPR 445/2000) e consapevole delle conseguenze penali  
previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 495 c.p.)

**DICHIARA:**

✓ di aver sentito il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale che **non ha ritenuto**  
necessario sottoporre il/la proprio/a figlio/a al percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per  
Covid 19 e, pertanto,

**CHIEDE**

la riammissione alla frequenza scolastica a far data dal \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di sapere che i dati personali forniti con la presente dichiarazione sono  
necessari alla tutela della salute propria e di tutte le persone presenti all'interno di questo Istituto. Presta,  
pertanto, il proprio libero ed esplicito consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia  
di contenimento e gestione dell'emergenza COVID-19.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_