

 **Asl1**  **Asl2**  **Asl3**  **Asl4**  **Asl5**

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 235 del 12/03/2014

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IEFP)

IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA (indipendentemente dalla durata dell'assenza)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di: _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

oppure

in quanto operatore scolastico

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) che:

l'assenza dal _____ al _____

E' DOVUTA A MOTIVI FAMILIARI, e chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale/operatore scolastico

 **Asl1**  **Asl2**  **Asl3**  **Asl4**  **Asl5**

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 130 del 18/12/2020

Attestazione medica per assenza superiore ai tre giorni di bambini non sottoposti a percorso diagnostico-terapeutico per COVID-19 che frequentano servizi educativi e scuole per infanzia (0-6 anni)

Si attesta che Cognome _____ Nome _____

assente dal _____ al _____,

non presenta segni e/o sintomi di malattia infettiva o diffusiva e può essere riammesso alla frequenza del servizio educativo/scuola dell'infanzia.

Data

Firma del Medico