**ALLEGATO 1**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELLO STUDENTE DOPO UNA MALATTIA**

Si precisa che la presente autocertificazione va compilata in tutti i casi di assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.

DA COMPILARE IN CASO DI ASSENZA PER

**PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/Ia sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oppure

* in quanto operatore scolastico

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID- 19 per la tutela della salute della collettività

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_assente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* NON HA PRESENTATO SINTOMI (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)
* HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

È stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera scelta/Medico di Medicina Generale dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

* Sono state seguite le indicazioni fornite
* Il ragazzo/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
* La temperatura misurata prima dell’avvio a scuola, oggi, non è superiore a 37,5 gradi centigradi.

**CHIEDE**

**pertanto la riammissione presso la scuola**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore/il titolare della responsabilità genitoriale/l’operatore scolastico  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_