

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELLO STUDENTE DOPO UN PERIODO DI MALATTIA ⁽¹⁾

**DA COMPILARE IN CASO DI ASSENZA PER
PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____,
a _____, residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dello studente _____
_____, della classe ____ sez. _____,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (ai sensi del codice penale, delle leggi speciali in materia e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000) 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 COVID (solo in assenza di manifestazioni sintomatiche).

HA PRESENTATO SINTOMI COVID e in data _____ è stato valutato clinicamente dal Medico di Medicina Generale Dott. _____, il quale, come disposto da normativa nazionale e regionale, non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19⁽²⁾.

Dichiara inoltre che:

- sono state seguite tutte le indicazioni fornite dal medico;
- lo studente/ssa non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata oggi, prima dell'avvio a scuola, non è superiore a 37,5 gradi centigradi.

CHIEDE

Pertanto, la riammissione a scuola dello studente.

Catania, _____

Il genitore/
titolare della responsabilità genitoriale

(1) Si precisa che la presente autocertificazione va compilata in tutti i casi di assenze di qualsiasi durata relative a **patologie NON-COVID correlate**.

(2) Si ricorda che **nel caso di un periodo di assenze di 10 giorni o superiore, la seguente autodichiarazione va comunque accompagnata da certificato medico** per la riammissione in classe.