



Scuole Paritarie infanzia e primaria
"Collegio Dimesse"
Via Pendice Scoglietto, 7
34127 Trieste TS
Tel. 040 566277

Modello B

Alla Direzione

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MOTIVI
DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

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

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 DPR n. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione
finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività,

che il/la proprio/a figlio/a _____ è stato/a assente da scuola per malattia dal _____
al _____ per un totale di giorni _____ .

di aver sentito il Pediatra di libera scelta/ Medico di medicina generale, Dott. _____
per le valutazioni cliniche e gli esami necessari per la riammissione a scuola.

Il medico NON ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di
prevenzione per COVID-19 come disposto dalla normativa nazionale e regionale e ha dichiarato
che l'alunno può rientrare a scuola.

Trieste,

Il genitore (o titolare della responsabilità
genitoriale)
