# AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA

Il sottoscritto COGNOME NOME

CF residente in ( )

Via Tel

Cell e-mail

in qualità di

# DEL MINORE

COGNOME NOME

CF Data di Nascita

Recapito telefonico

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

**CHE MIO/A FIGLIO/A E’ STATO/A ASSENTE**

**Dal al**

Immagine **per motivi famigliari**

Immagine **per motivi di salute**

**Se assente per motivi di salute autocertifico:**

1. **che è stato avvertito il pediatra di libera scelta (PLS) o il medico di medicina generale (MMG) Dott.**
2. **che può rientrare in comunità secondo disposizioni del pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale**
3. **che le indicazioni del PLS o MMG sono state osservate**
4. **che i sintomi non si sono più presentati nelle ultime 48 ore**

In fede Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.