# **DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,**

# **DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

## ALLEGATO 1

*(Fac simile)*

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto Scolastico/Ateneo-Facoltà

## Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19- correlate.

(fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni per gli altri ordini di scuola)

Il/la sottoscritto/a , nato/a a ( ) il / / , residente nel comune di

, alla via n. Codice Fiscale .

In qualità di genitore o tutore di (cognome)

(nome), nato/a a ( ) il / /20 , assente dal / /20 al / /20 ,

*(compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta a tutela)*

## 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, di avere informato il (barrare la voce attinente)

□ Pediatra di Famiglia □ Medico di Medicina Generale Dr.ssa/Dr. (cognome in stampatello) (nome in stampatello) il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l’assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate.

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, **CHIEDO** la riammissione presso il Servizio educativo dell’infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data, / /20 Firma del genitore/tutore o dell’alunno maggiorenne

[**www.regione.puglia.it**](http://www.regione.puglia.it/)

Dipartimento promozione della salute, del benessere e dello sport per tutti

Via Giovanni Gentile n. 52 - 70126 Bari