**Allegato B – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia**

Al Dirigente Scolastico

del Liceo Statale “Maria Immacolata”

San Giovanni Rotondo

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.**

La/il sottoscritta/o

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cognome** | **Codice fiscale**  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Comune di nascita** | **Prov.** | **Data di nascita** | **Documento di identità** |
|  |  |  |  |
| **Comune di residenza** | **Prov.** | **Indirizzo** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Recapito telefonico**  | **e-mail**  |
|  |  |

in quanto *(barrare la voce che ricorre)*:

* alunno frequentante l’Istituto scolastico / plesso sopra indicato;
* genitore o tutore di:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cognome** | **Codice fiscale**  |
|  |  |  |

assente dal / /20 al / /20 ,

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

**D I C H I A R A**

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 [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

* esigenze familiari (specificare):
* per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.
* altro (specificare):

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid‐19 o sintomi simil influenzali.

Data, / /20

Firma del genitore/tutore o dell’alunno maggiorenne

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_