

Al Responsabile dell'Istituzione Formativa  
**Giampaolo GRIMALDI**

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A  
SCUOLA DOPO ASSENZA PER MOTIVI SANITARI DA UNO A  
CINQUE GIORNI**

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a ..... , frequentante la classe .....  
consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di  
dichiarazione mendace,

DICHIARA

- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente dalla Istituzione Formativa per  
malattia  
dal ..... al ..... ,  
per un totale di giorni .....
- che il pediatra o medico curante non ha posto il sospetto di Covid-19 e non ha  
ritenuto necessario prescrivere il relativo test diagnostico.

Marino, .....

Firma .....

**I dati sopra indicati saranno trattati dall'istituzione scolastica nei limiti previsti dal D. Lgs.196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Il presente allegato deve essere compilato e inviato via mail ai seguenti destinatari:

- al Responsabile della Istituzione Formativa all'indirizzo email.....
- al referente COVID scolastico [.....](mailto:.....)