**Allegato 1A – Autocertificazione rientro a scuola al termine del periodo di malattia** **(a partire da 5gg)**

*Al Dirigente scolastico IC “PIETRO MENNEA”*

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 sopra indicato

plesso C.M. Giulini G.Rodari S.Dom.. Savio S.Baldacchini; 

genitore o tutore di:

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

**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,

di avere informato mediante messaggistica digitale o comunicazione elettronica il (barrare la voce attinente)

 Pediatra di Famiglia Medico di Medicina Generale 

| **Nome**  | **Cognome** |
| --- | --- |
|  |  |

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico specifico .

Consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso l’Istituto scolastico.

Data, Firma del genitore/tutore