

All. n. 1

*Al Dirigente Scolastico
Istituto Tecnico Tecnologico
"G. Malafarina"
Soverato*

OGGETTO: AUTODICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE DEGLI ALUNNI A SCUOLA A SEGUITO DI ASSENZE PER PATOLOGIE NON RICONDUCIBILI A COVID 19 NON superiori a 5 giorni

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
dell'alunno/a _____
frequentante la classe /sez..... Indirizzo,
in ottemperanza alle disposizioni di legge (art. 46 del DPR 445/2000) e consapevole delle
conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 495 c.p.)

DICHIARA:

✓ di aver sentito il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale
Dr. _____ il quale **non ha ritenuto** necessario sottoporre il/la
proprio/a figlio/a al percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per Covid 19 come
disposto per normativa e, pertanto,

CHIEDE

la riammissione alla frequenza scolastica a far data dal _____

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di sapere che i dati personali forniti con la presente dichiarazione sono necessari alla tutela della salute propria e di tutte le persone presenti all'interno di questo Istituto. Presta, pertanto, il proprio libero ed esplicito consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza COVID-19.

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

* In caso di separazione, è necessaria la firma di entrambi i genitori

(da conservare nel registro delle assenze)