



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CANNIZZARO-GALATTI"
Via M.Giurba n.2 - 98123 MESSINA - Tel./Fax 090716398 - Fax 0906415456
Distretto Scolastico 029 – Codice Fiscale 80008360838
e-mail: meic86600p@istruzione.it pec: meic86600p@pec.istruzione.it



ALLEGATO N. 3

**Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola
infanzia ovvero fino a 10 giorni altri ordini di scuola) per motivi di salute No- Covid**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il ___/___/_____, residente in _____, Codice
Fiscale _____, in qualità di genitore o tutore dell'alunno/a
_____ (cognome e nome), nato/a a _____
il ___/___/_____, assente dal ___/___/20___ al ___/___/20___,

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 D.P.R. n. 445 / 2000 di avere sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./Dott.ssa _____(cognome e 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 come disposto da normativa nazionale e regionale. Chiedo pertanto la riammissione presso l'IC "Cannizzaro Galatti di Messina".
Messina, ___/___/20___ Firma

(del genitore, tutore)
