

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Lacchiarella

DICHIARAZIONE PERSONALE
Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov (____) Data di nascita _____
in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a _____
frequentante la classe/sezione _____ della scuola _____

DICHIARA

che l'assenza dell'alunno dei giorni dal _____ al _____

È STATA DETERMINATA DA MALATTIA per la quale il pediatra/medico di medicina generale **HA RITENUTO** di seguire il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 come disposto dalla normativa nazionale regionale.

È STATA DETERMINATA DA MALATTIA per la quale sentito il pediatra/medico di medicina generale **NON SI È RITENUTO** di seguire il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19.

Luogo e data _____ Firma leggibile _____