

**ISTITUTO COMPRENSIVO 2 “Monte Attu” – TORTOLI'**  
Scuola Infanzia – Primaria - Secondaria di 1° grado  
Via Fleming, 1 – 08048 T O R T O L I' (OG)  
0782/623804 – Fax 0782/623804  
C.F. 91009660910 (cod. univoco ufficio UFBI4D) – Codice Min.:NUIC87000B  
e-mail: [nuic87000b@istruzione.it](mailto:nuic87000b@istruzione.it) – [nuic87000b@pec.istruzione.it](mailto:nuic87000b@pec.istruzione.it)  
sito web: <http://www.ic2tortoli.edu.it>

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO**  
**IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
frequentante la scuola \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_, sezione \_\_\_\_\_,  
plesso \_\_\_\_\_  
ASSENTE dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_,

**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 aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_

il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

**chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia.**

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della  
responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non COVID-correlate in bambini che frequentano servizi educativi e scuole per infanzia (0-6 anni); sia per tutte le altre scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.