



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Lucca 4

Via Baccelli - S. Marco - 55100 Lucca

tel. 0583/950903 - fax 0583/491578 - c.f. 92051760467 C.M. : LUIC84500T

e-mail luic84500t@istruzione.it e-mail certificata luic84500t@pec.istruzione.it

sito: www. iclucca4.edu.it

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE
SCOLASTICO NELL'AMBITO DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA
E SECONDARIA DI I GRADO**

IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Da compilare e consegnare all'insegnante di classe (per gli alunni)
o inviare a luic84500t@istruzione.it (per il personale)

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

in qualità (barrare):

- A) in qualità di operatore scolastico dell'Istituto Comprensivo "Lucca 4"
B) **in qualità di genitore o di titolare della responsabilità genitoriale dell'alunna/o**

nata/o a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

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 per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. N. 445/2000, che:

durante l'assenza dal _____ al _____

ha sentito il Pediatra libera Scelta/ Medico 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 di frequenza dell'alunno/ di servizio del dipendente.

Data _____

L'operatore scolastico (A) _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale (B) _____