



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE
GIOVANNI CABOTO



SEDE Via G.B. Ghio, 2-4 SUCCURSALE C.so Millo, 9 16043 CHIAVARI (GE) Tel. (0185) 322108 - Fax (0185) 321425
SEDE ASSOCIATA P.zza San L. Murialdo, 3 16038 S. MARGHERITA LIGURE (GE) Tel. e Fax (0185) 287062
www.caboto.gov.it E-mail: geis01900v@istruzione.it geis01900v@pec.istruzione.it C.F. 90064240105 C.U. UFVKXR

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELLO STUDENTE NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE E GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IeFP)

IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____
C.F. _____

in qualità di genitore (o di titolare della responsabilità genitoriale) di _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____
C.F. _____
ASSENTE dal _____ al _____

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci 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./Dott.ssa: _____

il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale. Chiede, pertanto, la riammissione presso la scuola.

Data _____

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale
