



**REGIONE  
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,  
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

**ALLEGATO 1 - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19  
(Fac simile)**

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto  
Scolastico/Ateneo-Facoltà

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19-correlate.**  
(fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni per gli altri ordini di scuola)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente nel comune di  
\_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_ (cognome)  
\_\_\_\_\_ (nome), nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
(compilare in caso di minore o di soggetto sottoposto a tutela)

**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 DPR n. 445/2000, di avere informato il (barrare la voce attinente)

Pediatra di Famiglia

Medico di Medicina Generale

Dr.ssa/Dr. \_\_\_\_\_ (cognome in stampatello) \_\_\_\_\_

(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, in quanto l'assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate.

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso il Servizio educativo dell'infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne