

AUTOCERTIFICAZIONE PER PERSONALE SCOLASTICO

(deliberazione Alisa n. 320 del 11.09.2020)

in caso di assenza per patologie non covid-correlate

Il / La sottoscritto / a _____

nato / a _____, il _____ C.F. _____

residente in _____

in qualità di

☐ docente nelle classi _____

☐ personale ATA (sede di servizio nel plesso di _____)

☐ altro operatore scolastico (specificare _____)

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 Medico di Medicina Generale dott. _____

reperibile alla seguente e-mail e/o cellulare: _____

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 a scuola.

DATA _____

FIRMA (leggibile)
