

**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)

\_\_\_\_\_