



## Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca

**Istituto Comprensivo CUCCIAGO GRANDATE CASNATE**  
Via S. Arialdo, 27 - 22060 Cucciago (Como)  
Tel: 031 725030 - Fax: 031 787699 C.F.: 95083380139  
e-mail: [coic84200n@istruzione.it](mailto:coic84200n@istruzione.it)  
e-mail pec: [coic84200n@pec.istruzione.it](mailto:coic84200n@pec.istruzione.it)



### AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MALATTIA NON RIFERIBILE A COVID 19 o per ASSENZE NON RIFERIBILI ALLA SFERA DELLA SALUTE

Il/la sottoscritto/a

genitore dell'alunna/o \_\_\_\_\_ classe/sez. \_\_\_\_\_  
iscritta/o presso la scuola \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

che la/il propria/o figlia/o è stata/o assente dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività, dichiara inoltre di essersi attenuto alle indicazioni ricevute dal proprio PLS (pediatra di libera scelta), sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza.

Dichiara inoltre che, dopo consultazione con il proprio PLS (pediatra di libera scelta), la/il propria/o figlia/o non presenta sintomatologie riferibili al COVID 19 e può essere riammessa/o alla frequenza scolastica.

Dichiara che, la/il propria/o figlia/o è rimasta/o assente per motivi NON riferibili alla sfera della salute.

In fede

\_\_\_\_\_

Luogo

Data

\_\_\_\_\_

*I dati sopra indicati saranno trattati dall'Istituzione Scolastica nei limiti previsti dal D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche (Codice in materia di protezione dei dati personali)*

*(da consegnare ai docenti della prima ora)*