



ISTITUTO COMPRENSIVO VILLAFRANCA TIRRENA

Codice Scuola **MEIC819005**

Via S. Giuseppe Calasanzio, 17 - Tel./Fax 090/334517

C. F. 97105960831

98049 VILLAFRANCA TIRRENA (ME)

E – mail [meic819005@istruzione.it](mailto:meic819005@istruzione.it) - [meic819005@pec.istruzione.it](mailto:meic819005@pec.istruzione.it)

Sito web: <http://www.icvillafrancatirrena.edu.it>

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola Infanzia ovvero fino a 10 giorni altri ordini di scuola) per motivi di salute No - Covid.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

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

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome),

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_ assente dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_,

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 non aver ritenuto necessario sottoporre il proprio figlio al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiede la riammissione presso l'IC "Villafranca Tirrena".

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**N.B. Tale modulo non vale nel caso di disposizione di allontanamento da scuola per sospetto caso Covid.**

Firma  
(del genitore, tutore)

\_\_\_\_\_