



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE "A. MORO"**

P.zza dei Martiri, n. 2 - 84078 Vallo della Lucania (SA) - tel 0974.375896 - C.F. 84002780652

[www.circolodidatticovallodellalucania.edu.it](http://www.circolodidatticovallodellalucania.edu.it) - saee178007@pec.istruzione.it -

sae178007@istruzione.it

Al Dirigente scolastico  
Della direzione didattica  
"Aldo Moro" di Vallo della Lucania

**Oggetto: Autodichiarazione per il rientro a scuola in caso di assenza (inferiore ai 4 giorni Scuola dell'Infanzia e inferiore ai 6 giorni per la Scuola Primaria) per motivi di salute non riconducibili a sintomatologia Covid. ALLEGATO 4.**

Alunno/a _____ (cognome e nome)
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ e domiciliato/a _____
Frequentante la scuola _____ classe _____ sezione _____

Il/I sottoscritto/i genitori/tutori/esercenti potestà genitoriale dell'alunno/a suddetto/a

Genitore 1 (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il

\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Genitore 2 (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il

\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE "A. MORO"**

P.zza dei Martiri, n. 2 - 84078 Vallo della Lucania (SA) - tel 0974.375896 - C.F. 84002780652  
[www.circolodidatticovallodellalucania.edu.it](http://www.circolodidatticovallodellalucania.edu.it) - saee178007@pec.istruzione.it -  
sae178007@istruzione.it

**DICHIARANO**

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 aver sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa \_\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_\_

il/la quale **non** ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la alunno/a] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedono, pertanto, la riammissione del proprio figlio/ a presso l'Istituzione Scolastica "Aldo Moro".

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

**FIRME DEI GENITORI/TUTORI/ESERCENTI POTESTÀ' GENITORIALE**

Nel caso in cui l'autorizzazione riporti un'unica firma "il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Genitore \_\_\_\_\_ Genitore \_\_\_\_\_

*Restituire il modulo firmato agli insegnanti che provvederanno a consegnarlo in segreteria*