



SCUOLA DELL'INFANZIA – NIDO INTEGRATO ARCOBALENO

“Emilia Girardello Ferrari Farinazzo” - IPAB

Via Roma n. 409 35040 Casale di Scodosia (PD)

C.F. e P.I. 00762420289 – Tel. 0429879092 Fax 0429848287

e-mail: infanziasale@gmail.com

www.scuolainfanzia-ferrarifarinazzo.it

[PEC: scuolacasalediscodosia@pec.fismpadova.it](mailto:scuolacasalediscodosia@pec.fismpadova.it)

[Accreditamento Nido Integrato Prot. n. 0030223 del 25/02/2020](#)

[Autorizzazione sezione Primavera Decreto URS n. 20956 del 12/11/2020](#)

Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola infanzia) 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 _____, nato/a
a _____ il ___/___/20___, 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 avere sentito il Pediatra di Famiglia, Dott./ssa _____ il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica..

Lì, _____

Data, ___/___/20___

Firma (del genitore, tutore)