

## **Modulo di rientro a scuola per alunno individuato a scuola con sintomi riconducibili al COVID**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a ..... genitore  
dell'alunno ..... della classe/sezione .....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che prelevato il/la figlio o/a il giorno \_\_\_\_\_ su convocazione della scuola, così come previsto dalla normativa vigente, ha contattato il proprio medico di medicina generale MMG o il Pediatra di Libera scelta PLS Dott. \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_  
il quale, valutato lo stato clinico del figlio, ha stabilito che:

- le condizioni di salute consentono al minore il ritorno a scuola dal ..... senza produzione di certificato medico
- le condizioni di salute consentono al minore il ritorno a scuola dal ..... con certificato medico che si allega alla presente.

Napoli, \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_