

## AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL LICEO VALLONE DI GALATINA

**OGGETTO:** *Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza fino a 5 giorni per motivi di salute No-Covid.*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ - Genitore dello/a studente/ssa  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_, sezione \_\_\_\_\_,  
del Liceo Scientifico e Linguistico "A. Vallone" di Galatina, consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, nonché dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contrasto della diffusione di Covid-19, **sotto la propria responsabilità**

### DICHIARA

di avere sentito il Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale Dott/ssa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre lo/la studente/ssa al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Il sottoscritto chiede pertanto la riammissione a scuola.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Genitore

\_\_\_\_\_

---

**La presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio va consegnata dallo studente all'insegnante della prima ora di lezione del giorno di rientro a scuola.**