



**LICEO CLASSICO "A. D'ORIA"**

Via A. Diaz, 8 - 16121 GENOVA

Tel . 010-58.13.55 - Fax 010-570.44.01

E-mail: info@liceodoria.it - [gepc01000p@pec.istruzione.it](mailto:gepc01000p@pec.istruzione.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE per il RIENTRO dell'ALUNNO  
in caso di ASSENZA per PATOLOGIE NON COVID- CORRELATE**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....il.....  
residente in .....C.F.....  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)  
di..... nato/a .....  
il.....residente in .....

**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 D.P.R. n.445/2000) di aver sentito il Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale Dott.....il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiede pertanto la riammissione presso la scuola.

Data

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

*Si precisa che la presente autocertificazione è valida per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate*