



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE**

Via Goldoni- 73059 Ugento (Le)  
Distretto n. 45 C. F. 90038920758 - Tel. 0833/ 555502  
Codice Ministeriale: LEIC8AB00R

ALLEGATO 1

**Oggetto:** autocertificazione per il rientro a scuola [dello/a student\* / del/la lavoratore/trice della scuola] nella scuola [cancellare le voci non attinenti].

IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore (titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_ (cognome)  
\_\_\_\_\_ (nome), nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_

In qualità di lavoratore della scuola (insegnante o personale ATA).

In qualità di operatore esterno che presta servizio a scuola (OSE, OSA, etc.)

[mettere una croce sulla voce interessata]

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 che l'assenza dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ è dovuta a motivi familiari e chiedo pertanto la futura riammissione presso la scuola previa consegna della giustificazione sul libretto. Sono consapevole del fatto che, nel caso in cui sorgano, nel periodo appena indicato, sintomi tali da imporre cautele aggiuntive, sarà mia cura farvi fronte come richiesto dalla circolare famiglie avente per oggetto "Referente Covid", procedura in caso di insorgenza di un caso a scuola e riammissioni a scuola", e dalla circolare del 27 settembre avente per oggetto "Attestazione di nulla osta all'ingresso o rientro in comunità dopo assenza per malattia".

Data, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma

(del genitore, tutore, lavoratore)

\_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE**

Via Goldoni- 73059 Ugento (Le)  
Distretto n. 45 C. F. 90038920758 - Tel. 0833/ 555502  
Codice Ministeriale: LEIC8AB00R

**ALLEGATO 2**

**Oggetto:** autocertificazione per il rientro a scuola [dello/a student\* / del/la lavoratore/trice della scuola] nella scuola [cancellare le voci non attinenti].

**IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore (titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_ (cognome)  
\_\_\_\_\_ (nome), nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_

In qualità di lavoratore della scuola (insegnante o personale ATA).

In qualità di operatore esterno che presta servizio a scuola (OSE, OSA, etc.)

[mettere una croce sulla voce interessata]

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 / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa \_\_\_\_\_ (cognome in stampatello) \_\_\_\_\_ (nome in stampatello) il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa / il sottoscritto lavoratore] (cancellare la voce non attinente) al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'ICS Ugento

. Data, \_\_\_\_\_ / \_\_\_/20\_\_\_

Firma

(del genitore, tutore, lavoratore)

\_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE**



Via Goldoni- 73059 Ugento (Le)  
Distretto n. 45 C. F. 90038920758 - Tel. 0833/ 555502  
Codice Ministeriale: LEIC8AB00R

ALLEGATO 3

**Oggetto: attestazione medica per assenza superiore ai tre giorni di studentesse e studenti non sottoposti a percorso diagnostico-terapeutico per Covid-19 frequentanti l'ICS Ugento.**

Si attesta che \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome),  
studente/ssa dell'ICS Ugento", assente dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ (per complessivi\_ giorni), non  
presenta segni e/o sintomi di malattia infettiva o diffusa e può essere riammesso alla frequenza del  
servizio scolastico.

Data, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico in formato leggibile (timbro  
o scritta in stampatello)

\_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE**



Via Goldoni- 73059 Ugento (Le)  
Distretto n. 45 C. F. 90038920758 - Tel. 0833/ 555502  
Codice Ministeriale: LEIC8AB00R

**ALLEGATO 4**

**Oggetto: attestazione medica per il rientro nell'ambito scolastico degli/delle studenti/sse frequentanti l'ICS Ugento dopo assenza per malattia Covid-19.**

Si attesta che \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome),  
studente/ssa dell'ICS Ugento", assente dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_, è stato sottoposto ad  
accertamento diagnostico secondo il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19  
disposto dalla normativa nazionale e regionale.

Può essere riammesso alla frequenza scolastica in quanto clinicamente guarito.

Data, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico in formato leggibile (timbro  
o scritta in stampatello)

\_\_\_\_\_