*All. 1*

**Oggetto: rientro a scuola [dello/a student\* / del/la lavoratore/trice della scuola] nella scuola secondaria di secondo grado IP “D. Modugno”**

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

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

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_sede di­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 In qualità di operatore esterno che presta servizio a scuola (educatore etc.)

[mettere una croce sulla voce interessata]

assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia, art. 46 DPR n.445/2000,

* di aver contattato il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale (cancellare la voce non attinente) ed eseguito il triage telefonico
* che il lavoratore/studente non presenta patologie contagiose.

Chiedo pertanto la riammissione presso IP “D. MODUGNO” SEDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma (di entrambi i genitori/tutori, lavoratore)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota Bene: dopo il 5o giorno di assenza è necessario il certificato medico di riammissione**