



LICEO SCIENTIFICO - ARTISTICO STATALE "GALILEO GALILEI"

Via Gen. Planelli, n.c. - 70032 BITONTO (Bari)
Tel./Fax: 080 3715242
C.F. : 80015030721 - Codice Univoco Ufficio: UFTL8X
www.lsgalilei.edu.it - e-mail: baps12000b@istruzione.it
Pec: baps12000b@pec.istruzione.it



Ministero dell'Istruzione

ALLEGATO A – Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie No Covid-19

Al Dirigente del Liceo Scientifico-Artistico Statale
Galileo Galilei
Bitonto

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie No Covid-19-correlate.

Il/la sottoscritto/a

Nome	Cognome	Codice Fiscale

Comune di nascita	Provincia	Data di nascita	Documento d'identità

Comune di residenza	Provincia	Indirizzo

Recapito telefonico	e-mail

in quanto

- ☐ Alunno frequentante l'Istituto scolastico
- ☐ Genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice Fiscale

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 informato il

- ☐ Pediatra di famiglia:
- ☐ Medico di medicina generale

Nome	Cognome

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre lo/la studente/ssa al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie senza sintomi Covid-19-correlabili.

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso il Servizio educativo dell'Istituto scolastico.

Data, / /20

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne



ALLEGATO B – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia

Al Dirigente del Liceo Scientifico-Artistico Statale
Galileo Galilei
Bitonto

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi da malattia

Il/la sottoscritto/a

Nome	Cognome	Codice Fiscale

Comune di nascita	Provincia	Data di nascita	Documento d'identità

Comune di residenza	Provincia	Indirizzo

Recapito telefonico	e-mail

in quanto

- ☐ Alunno frequentante l'Istituto scolastico
- ☐ Genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice Fiscale

assente dal ____/____/20____ al ____/____/20____, (compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta a tutela)

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 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

- ☐ esigenze familiari (specificare): _____
- ☐ per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.
- ☐ Altro (specificare): _____

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

Data, ____/____/20____

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne