

# ISTITUTO COMPRENSIVO "DON LORENZO MILANI"



Via Duca d'Aosta, 24 - 33059 Fiumicello Villa Vicentina (UD)  
C.F. 90020590304 ☎ 0431 972739 🌐 <https://icaquileia.edu.it>  
✉ [udic84600d@istruzione.it](mailto:udic84600d@istruzione.it) - [udic84600d@pec.istruzione.it](mailto:udic84600d@pec.istruzione.it)



*Veleggiare insieme*

## MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE DI CONTATTO CON IL MEDICO O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Della classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità civile e penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'Art. 46 del DPR. N.445/2000, **che in data ..... è stato contattato il medico o il pediatra di libera scelta sig.**

**(nome e cognome del medico) .....**

che, non avendo ritenuto necessario attivare il protocollo COVID, conferma che l'alunna/o possa rientrare a scuola già il giorno successivo.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori /tutori

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

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.