



E.L.Fo. – Ente Ligure di Formazione
Via Piemonte Reg. Carrà 19/5B
17031 Albenga

Fax. 0182-571209
Tel. 0182-559636
e-mail: direzione@elfoliguria.it

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO IN CASO DI ASSENZA

PER PATOLOGIE NON COVID CORRELATE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente
in _____ via _____ C.F. _____

IN QUALITA' (o tutore della responsabilità genitoriale) di: _____

nato a _____ il _____ e residente in _____

via _____ C.F. _____

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 455/2020 che:

di aver sentito il Medico di Famiglia 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 **E.L.FO. ENTE LIGURE DI FORMAZIONE**

Data _____

FIRMA
