AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE ALLA FREQUENZA SCOLASTICA*

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il_____

genitore del/la alunno/a_____

iscritto/a presso la scuola_____

AUTOCERTIFICA, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non rispondenti al vero, che il proprio/a figlio/a è stato assente

dal _____ al_____ causa

☐ Malattia ☐ Motivi familiari o personali ☐ Altro

In caso di malattia, dichiara inoltre di aver contattato il proprio pediatra dottor/ssa

_____

e di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza.

Dichiara che il proprio/a figlio/a può essere riammesso alla frequenza scolastica.

Luogo_____, data _____

Firma

_____

** Da utilizzare per assenze per malattia inferiori/uguali a tre giorni o per assenze dovute ad altri motivi.*