

ALLEGATO 1

Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza per motivi di salute

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il ____/____/_____, residente in _____, Codice
Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome) _____ (nome),
nato/a a _____ il ____/____/20____, assente dal ____/____/20____ al
____/____/20____,

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 sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa _____ (cognome in stampatello) _____ (nome in stampatello)

Chiede pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica..

Data, ____/____/20____

Firma (del genitore, tutore)
