

**Autocertificazione assenza e giustificazione
Motivi di salute superiori a 5 giorni**

Il/la Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

genitore dell'alunno _____ frequentante la sez./classe _____
della scuola _____

consapevole di tutte le conseguenze
civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R.
n. 445/2000

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, che il/la proprio/a figlio/a è stato assente n. _____ giorni per motivi
di salute _____;

di aver preso contatto con il pediatra di famiglia/medico di medicina generale _____

e di aver seguito le sue indicazioni;

per tanto l'alunno/a può essere riammesso/a a scuola.

Luogo e data _____ Firma _____