Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
Istituto Omnicomprensivo Strongoli

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA
DOPO ASSENZE PER MOTIVI DI SALUTE
RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.

_l_ sottoscritt_ cognome _____ nome _____

Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____

Genitore/Tutore dell'alunno _____

Alunno maggiorenne _____

Frequentante la classe _____ sezione _____ Plesso _____

Assente per motivi di salute dal giorno _____ al giorno _____

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente in materia, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale per gli effetti del DPR 445/2000,

- Di aver preso contatto con il Medico di medicina generale / Pediatra di famiglia dott. _____ che non ha rilasciato alcuna certificazione scritta;
- Di aver seguito le indicazioni del Medico, pertanto l'alunno può essere riammesso a scuola perché completamente guarito.

Data _____

Firma _____