AUTODICHIARAZIONE

Al Dirigente scolastico

Sede

I sottoscritti (padre) (madre), X genitori , X tutore legale dell’alunno/a frequentante la classe sez.

dell’Istituto scolastico

X Scuola Infanzia (specificare plesso)

X Primaria

X S.S.I grado X Liceo X Itet (specificare indirizzo)

Dichiarano, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art.47 del DPR 445/2000, in caso di assenza temporanea e breve (qualora riconducibile a problemi di salute , fino a 3 giorni di assenza per la Scuola Infanzia, fino a 5 giorni per la Scuola Primaria e per la Scuola Secondaria, inclusi sabato e festivi\*):

di aver consultato il proprio Pediatra o Medico di Medicina generale, il quale l’ha sottoporlo/a al percorso diagnostico-terapeutico anche di prevenzione per Covid19, come disposto dalla normativa regionale;

.

n.

Che il/la proprio/a figlio/figlia/ alunno/a è stato/a assente dal al , per un totale di gg. per motivi di famiglia;

Chiedono, pertanto, la riammissione alle attività didattiche

Data Firme\*\*

\*Il Certificato medico di riammissione a scuola è necessario dal 4° giorno di assenza per la scuola infanzia, dal 6° giorno di assenza per la scuola primaria e secondaria.

\*\*In caso di firma di un solo genitore compilare la seguente parte:

II/la sottoscritto/a dichiara che l’altro genitore del minore è informato in merito alle assenze del/della proprio/a figlio/a. Firma