***MODELLO C***

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;

pertanto l’alunno/a può essere riammesso/a a scuola.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_