

**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 \_\_\_\_\_