

Alla Dirigente Scolastica
Direzione Didattica Statale
Pompei 2 "E. Celentano"

Autodichiarazione

- Rientro a scuola di alunni assenti per malattia non riconducibili alla sintomatologia Covid-19 per **periodi uguali o inferiori a 5(cinque) giorni o per assenze di lunga durata**, per motivi di famiglia o altri motivi non di salute.

I sottoscritti (Padre) _____ (Madre) _____

in qualità di genitore (o titolari della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

frequentante la classe/sezione di Scuola Primaria _____ plesso _____

di questo Istituto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l'uso di atti falsi

Dichiarano

che il/la proprio/a figlio/a è stato assente dal giorno..... al giorno.....

Per motivi non collegati al proprio stato di salute

Per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19

Data _____

Firma Leggibile

| | | |
|---|--|---|
| N. B. Assenza per malattia superiore a 5 (cinque) giorni (6 o + gg di assenza) | | Certificazione del M.M.G. o P.L.S. attestante le buone condizioni di salute e idoneità al reinsediamento nella comunità scolastica. |
|---|--|---|