



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“TRICASE VIA APULIA”

**AUTODICHIARAZIONE**  
**ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE**

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della  
responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
iscritto/a alla sez. \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

-che il proprio/a figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
causa \_\_\_\_\_

-di aver contattato il proprio pediatra dottor/ssa \_\_\_\_\_ e di essersi attenuto alle  
indicazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza.

Dichiara che il proprio/a figlio/a può essere riammesso alla frequenza

Luogo e data \_\_\_\_\_,

Firma \_\_\_\_\_