



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 _____