

Al Dirigente scolastico
della Scuola secondaria di I grado " Antonino Pecoraro "

Oggetto: Autodichiarazione per assenza alunno

Il/la sottoscritto/a nato/a prov.

Il residente in (Prov.....) Via

In qualità di genitore tutore rappresentante legale

dell'alunno/a: nato/a

Il residente in frequentante la classe sez.

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 D.P.R. n.445/2000

DICHIARA CHE

ASSENZA PER MOTIVI DIVERSI DA QUELLI DI SALUTE/MALATTIA (segnare con una X)

l'assenza da scuola dal al del/lla suddetto/a alunno/a è stata determinata da motivi NON RICONDUCEBILI A MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA, e chiede pertanto la riammissione a scuola (specificare nel rigo sottostante il motivo dell'assenza)

ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA NON RICONDUCEBILI A COVID-19, NON SUPERIORI A 10 GIORNI (segnare con una X }

l'assenza da scuola dal al del/lla suddetto/a alunno/a è stata determinata da motivi DI SALUTE /MALATTIA NON RICONDUCEBILI A COVID-19, e chiede pertanto la riammissione a scuola.

Il/ la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di aver contattato il pediatra che, dopo gli opportuni accertamenti, ha dichiarato che l'alunno/a risulta guarito/a esente da patologie incompatibili con la permanenza a scuola

ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA SUPERIORI A 10 GIORNI (segnare con una x)

l'assenza da scuola dal al del/lla suddetto/a alunno/a è stata determinata da motivi DI SALUTE/MALATTIA, e chiede pertanto la riammissione a scuola.

Si allega certificato medico di nulla osta al rientro a scuola. In tal caso, qualora l'alunno/a dovesse presentarsi a scuola sprovvisto/a di certificato medico, non potrà essere ammesso in classe.

*RIENTRO PER TERMINE ISOLAMENTO DOMICILIARE/QUARANTENA DOVUTA A POSITIVITA'/
CONTATTO STRETTO PER CONTAGIO DA SARS COV2*

Si allega certificato di fine isolamento /quarantena e riammissione a scuola rilasciato dalle autorità sanitarie competenti (medico medicina generale, pediatra di libera scelta, ddp). In assenza del suddetto certificato, l'alunno/a non potrà essere ammesso/a in classe.

Data,

FIRMA

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

La presente dichiarazione deve essere consegnata al docente della prima ora lo stesso giorno del rientro dell'alunno/a