

ALLEGATO 1

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC "Don Lorenzo Milani"
CASERTA**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO
IN CASO DI ASSENZA DOVUTA A MALATTIA PARI O SUPERIORE A 5
GIORNI**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di: _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

iscritto/a e frequentante la classe/sez _____ del plesso _____

di scuola dell'infanzia primaria secondaria di 1° grado

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:

l'assenza del proprio figlio/a dal _____ al _____
è avvenuta per motivi di salute che hanno impedito la frequenza delle attività didattiche per un periodo pari o superiore a 5 giorni e ne chiede pertanto la riammissione a scuola.

Allega alla presente:

- copia di documento di riconoscimento in corso di validità;
- certificato medico.

Luogo e Data _____

**Il genitore/titolare della
responsabilità genitoriale**