

## ALLEGATO 2

**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 INFERIORE 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 inferiore a 5 giorni e ne chiede pertanto la riammissione a scuola.

Allega alla presente copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

**Il genitore/titolare della  
responsabilità genitoriale**