

### AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

#### DEL MINORE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

#### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE MIO/A FIGLIO/A E' STATO/A ASSENTE

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per motivi famigliari

per motivi di salute

Se assente per motivi di salute autocertifico:

- 1) che è stato avvertito il pediatra di libera scelta (PLS) o il medico di medicina generale (MMG) Dott. \_\_\_\_\_
- 2) che può rientrare in comunità secondo disposizioni del pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale
- 3) che le indicazioni del PLS o MMG sono state osservate
- 4) che i sintomi non si sono più presentati nelle ultime 48 ore

In fede  
\_\_\_\_\_

Data  
\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)