

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA *

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Io sottoscritt_

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

 Padre Madre Tutore

dell'alunno/a

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____ Classe : _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia responsabilità (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARO

Che mio figlio/a è stato assente dal _____ al _____
per uno dei seguenti motivi: (*barrare la casella*) Malattia Motivi familiari

Firma di autocertificazione

Data _____

Da compilare in caso di malattia infettiva:

DICHIARO

che mio figlio/a ha superato la fase infettiva della malattia.

Firma di autocertificazione

Data _____

* da presentare dopo almeno tre giorni di assenza