

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI
DI FAMIGLIA/ DI SALUTE
-Scuola dell'Infanzia-Primaria -**

I sottoscritti _____ genitori
(O titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____
Frequentante la classe _____ sez. _____ consapevole di tutte le conseguenze civili e penali
previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

che il proprio figlio è stato assente da scuola dal _____ al _____ per

motivi di famiglia

motivi di salute

e di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante dott. _____
di avere seguito le sue indicazioni e pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

*Scuola dell'Infanzia: dopo il 3° giorno di assenza per motivi di salute (dal 4° giorno compreso in poi), si dovrà
presentare obbligatoriamente il certificato medico.*

*Scuola Primaria: dopo il 5° giorno di assenza per motivi di salute (dal 6° giorno compreso in poi), si dovrà
presentare obbligatoriamente il certificato medico.*

Luogo e data

Firma dei genitori (o titolare della responsabilità
genitoriale)

