



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO "DE AMICIS "

Piazza Mons. Lopez, 23

76017 San Ferdinando di Puglia (BT)

Tel.: 0883.621040 - Fax: 0883.622365 – CM FGIC855008 – CF 90091040726

fgic855008@istruzione.it- fgic855008@pec.istruzione.it-

www.comprensivodeamicis.edu.it

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a

a _____ (____) il ___/___/_____, residente nel comune di _____, alla via _____ n. _____

Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome) _____ (nome), nato/a a _____ (____) il ___/

___/20___, assente dal ___/___/20___ al ___/___/20___,

(compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta a tutela)

DICHIARA

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 DPR n. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

esigenze familiari (specificare): _____

per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

Data, ___/___/20___

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne