

ALLEGATO 1 - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie

Al Dirigente scolastico  
Del Liceo Statale "F. Ribezzo"  
Francavilla F.-Latiano

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie (a partire dai 5 giorni)

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 \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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 di poter rientrare a scuola vista l' assenza di patologie.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_

