

**AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO ASSENZE PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/ .....

Nato/a..... il ..... e residente in.....

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di .....

nato/a a ..... il .....sezione .....

CONSAPEVOLE DI TUTTE LE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E CONSAPEVOLE DELL'IMPORTANZA DEL RISPETTO DELLE MISURE DI PREVENZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA COLLETTIVITÀ

**DICHIARA**

- Che il/a figlio/a è stato/a assente da scuola dal giorno ..... per motivi di salute.
- Di aver contattato il medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale)
- Di essersi attenuto/a alle indicazioni riguardo la terapia e il numero di assenza da scuola
- Di aver ottenuto l'autorizzazione della ripresa della frequenza scolastica a partire dal giorno .....

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Arosio li, .....

.....