

**AUTODICHIARAZIONE PER GIUSTIFICA ASSENZE SUPERIORI A 5 GIORNI  
PER MOTIVI DI SALUTE**

Al Dirigente Scolastico  
IC "C.Senatore-Martiri d'Ungheria"  
SCAFATI (SA)

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori/tutori dell'alunn\_ \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_, ordine di scuola \_\_\_\_\_  
consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate  
dall'art. 76 del DPR 445/2000,

**DICHIARANO**

che il/la proprio/a figlio/a si è assentato/a dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:  
*ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE (oltre 5 giorni) in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o  
del Medico di Medicina Generale (MMG). **Si allega EVENTUALE certificato medico.***

**CHIEDONO**

quindi la riammissione alla frequenza scolastica.

Luogo e data

Firma dei genitori/tutori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_