

**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
