



FUTURA

**LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**

Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Ministero dell'Istruzione
e del Merito

Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIFORMA E INNOVAZIONE

Scuola Secondaria Statale di 1° Grado
"VITTORIO EMANUELE III – DANTE ALIGHIERI,
Piazza Trieste e Trento, 6 - C.A.P. 76123 - ANDRIA - (BAT)
Tel. 0883 / 246263 (sede centrale) – 0883 / 246583 (plesso DANTE)
cod. fisc. 90095140720 - cod. mecc. BAMM29300D
bamm29300d@istruzione.it - bamm29300d@pec.istruzione.it
sito web: www.scuolavittorioemanueledante.edu.it

ALLEGATO A - a.s. 2023-24

Autocertificazione Rientro a scuola per assenza malattia NO covid-19

Al Dirigente della S.S.S. 1°gr VITTORIO EMANUELE III –DANTE ALIGHIERI

Oggetto: Autocertificazione per riammissione in classe in caso di assenza per malattie NON Covid19- correlate

La/il sottoscritta/o:

Nome Cognome.....

Cofice Fiscale.....Comune di nascita.....

Data di Nascita.....Documento d'identità.....

Comune di residenza.....Indirizzo.....

Recapito telefonico.....email (eventuale).....

In quanto genitore dell'alunno (Cognome e Nome).....

Classe e sezione.....assente dal / / 20 al / / 20 ,

D I C H I A R A

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:

- che l'assenza è dovuta a MALATTIA
- la malattia del proprio figlio NON è dovuta a COVID-19
- che (se la malattia del figlio/a è infettiva o è facilmente trasmissibile in ambito scolastico) ha informato questo il (barrare la voce attinente):

Pediatra di famiglia

Medico di Famiglia

Nome e Cognome (del pediatra o medico)

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19e in generale delle malattie infettive, per la tutela della salute della collettività, CHIEDO la riammissione presso questa scuola.

Data/...../20.....

Firma del genitore/tutore

.....