

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale – o allievo maggiorenne) di

nato/a a _____ il _____,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione della diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

Che il figlio/a è stato assente da scuola dal giorno.....per motivi di salute.

Di aver contattato il medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) e dopo sua valutazione di essersi attenuto/a, alle indicazioni riguardo la terapia e il numero di giorni di assenza da scuola con autorizzazione, della ripresa della frequenza scolastica dal giorno.....

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

N.B. per il docente: la presente autocertificazione sostituisce la giustificazione nel libretto, avendo cura di conservarla nella apposita cartellina.

- La mancata consegna della presente autodichiarazione al rientro a scuola prevede "richiamo formale" nel registro elettronico.
- L'allievo non è ammesso in aula (sarà considerato assente) fino a quando la famiglia non invia alla scuola, immediatamente, l'email con allegata l'autocertificazione firmata al seguente indirizzo: uff.scolastico@ipssarmaffioli.it. L'ufficio scolastico, al ricevimento della mail, inserirà l'autocertificazione ricevuta nella bacheca della classe, all'attenzione dei docenti.
- Il maggiorenne firma in proprio.