



Istituto Comprensivo Statale "De Amicis-Milizia"

Via R. Lombardi, 7 – 72024 Oria (BR) – tel. 0831845555 telefax: 0831.845016
C.M. bric825006 C.F. 80003090745 e-mail: bric825006@istruzione.it



Unione Europea
FONDI "Complemento per lo Sviluppo" (FSE)
FONDI "Ambiente per l'apprendimento" (FESR)
D.G. Cooperazione Internazionale e per lo Sviluppo
D.G. Politiche Regionali



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
D.G. per gli Affari Internazionali - Ufficio IV
Programmazione e gestione dei fondi strutturali europei
e nazionali per lo sviluppo e la coesione sociale



2007-2013
Con i Europei investire nel vostro futuro



ALLEGATO 2 – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia

Al Dirigente

1° Istituto Comprensivo "De Amicis – Milizia" di Oria

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.**

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ () il ___/___/_____, residente nel comune di _____, alla via _____ n. _____

Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome)
_____ (nome), nato/a a _____ ()

il ___/___/20___, iscritto/a e frequentante nell'a.s. 20___/20___ la classe/sez _____

assente dal ___/___/20___ al ___/___/20___,

DICHIARA

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 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

esigenze familiari (specificare): _____

per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simili influenzali.

CHIEDO la riammissione presso la scuola:

Infanzia Plesso Montalbano/G. De Marzo

Primaria De Amicis /Montalbano

Secondaria di 1^ grado Milizia

Data, ___/___/20___

Firma del genitore/tutore
