

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA DOPO ASSENZA

I sottoscritti

Cognome del padre _____ Nome del padre _____

Nato a _____ il _____ Tel _____

Documento di riconoscimento _____

Cognome della madre _____ Nome della madre _____

Nata a _____ il _____ Tel _____

Documento di riconoscimento _____

Genitori/tutori dell'alunno _____ della Scuola _____

Plesso _____ Sezione _____

Consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della salute della collettività, dichiarano sotto la propria responsabilità:

☐ che l'assenza del figlio da scuola dal _____ al _____

é avvenuta

☐ per ragioni di salute non infettive e diffuse (es. malattie esantematiche, mononucleosi, epatite, ecc ... per le quali i pediatri o i medici di base sono tenuti alla compilazione del certificato di rientro a scuola)

☐ per ragioni diverse da motivi di salute ovvero per _____

Luogo e data _____

Firma dei genitori

FONDAZIONE POMIGLIANO INFANZIA

Sede legale: via M.R. Imbriani n°97 – 80038 Pomigliano d'Arco
P.IVA: 04306341217 – C.F. 93029240632 – tel. 081/8841366- cell. 366 1124127
e-mail: pomiglianoinfanzia@gmail.com– pec: pomiglianoinfanzia@pec.it
[email: genitorifondazione@libero.it](mailto:genitorifondazione@libero.it)