



POLO ORSOLINE OSF – VIA MONFALCONE 7 MILANO - RIENTRO DA MALATTIA

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATA/O A.....IL.....

E RESIDENTE A.....IN VIA.....

IN QUALITA' DI GENITORE DI.....

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 D.P.R.n.445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

(barrare la casella interessata)

- ☐ che per il rientro del proprio figlio/a a scuola, dopo un periodo di assenza, si è attenuto alle indicazioni ricevuta dal Pediatra di libera scelta, o dal Medico di medicina Generale:

dott. _____ tel _____

il/la quale ha dichiarato che il bambino/a è idoneo al rientro in comunità.

- ☐ che l'assenza non è dovuta a motivi di salute del minore.

In fede

FIRMA DEL GENITORE _____

Milano _____