

**Al Dirigente Scolastico
IIS E. MEDI – Galatone (LE)**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA
DOPO ASSENZE PER MOTIVI DI SALUTE
RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46,47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.**

 sottoscritt cognome nome

Documento d'identità n. rilasciato da

Genitore/Tutore dell'alunn

Alunno maggiorenne

Frequentante la classe sezione indirizzo

Assente per motivi di salute dal giorno al giorno

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente in materia, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale per gli effetti del DPR 445/2000.

- Di aver preso contatto con il Medico di medicina Generale/Pediatra di famiglia dott. che non ha rilasciato alcuna certificazione scritta;
- Di aver seguito le indicazioni del Medico, pertanto l'alunno può essere riammesso a scuola perché completamente guarito.

Data

Firma

Per alunni maggiorenni
Firma del genitore per conoscenza
Data

Firma