# MODULO 1

# AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

# Rientro di minori che frequentano comunità scolastiche/educative

# ASSENZE PER MALATTIA

Il sottoscritto COGNOME NOME

CF residente in ( )

Via Tel

Cell e-mail

in qualità di

# DEL MINORE

COGNOME NOME

CLASSE PLESSO

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che lo studente assente per malattia dal ………………………………... al …………………………………… non è stato sottoposto a tampone in quanto la sua sintomatologia non è riconducibile a CoviD-19 e che il medico curante

Nome………………………………………………………….

Cognome……………………………………………………..

È stato contattato e ha dichiarato che l’alunno può rientrare a scuola.

In fede Data

(Firma del dichiarante)

Si allega fotocopia della carta di identità se inoltrato via email