



MINISTERO ISTRUZIONE UNIVERSITÀ E RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI GONNOSFANADIGA
Via Delle Aie, 2 - 09035 Gonnosfanadiga (SU) - C.F. 82003870928
Tel. 0709795275 - Email: caic808007@istruzione.it



AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO NELLE SCUOLE DI OGNI
ORDINE GRADO IN CASO DI ASSENZA SUPERIORE AI TRE GIORNI
NON DOVUTA A MALATTIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente in _____
C.F. _____ in qualità di genitore (o titolare della
responsabilità genitoriale) di: _____ nato/a a _____ il
_____ residente in _____
C.F. _____

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 D.P.R. n. 445/2000) che:

l'assenza dal _____ al _____

E' DOVUTA A MOTIVI FAMILIARI, e chiede pertanto la riammissione presso la scuola.

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale
