

## **AUTOCERTIFICAZIONE**

(ai sensi del DPR 8/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
cognome nome

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

genitore del bambino/a \_\_\_\_\_,

consapevole di tutte le conseguenze civile e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e  
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della salute della  
collettività

### **DICHIARA**

- di aver preso contatto con il pediatra di famiglia, dott.

\_\_\_\_\_

e di aver seguito le sue indicazioni e pertanto mio figlio/a può essere riammesso/a a scuola.

- che l'assenza del/i proprio/i figlio/i da scuola dal \_\_\_\_\_ al

\_\_\_\_\_ è avvenuta per ragioni diverse da motivi di salute.

Portici, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_