

Al Dirigente Scolastico
del II CD " G. Falcone"
Melito di Napoli

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____

a _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

Genitore/Tutore dell'alunno/a

Iscritto/presso questo Istituto Comprensivo, classe _____, sez. _____, plesso _____ ordine di scuola

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il/la proprio/a figlio/a è stato assente nel/nei seguente/i giorno/i:

Di attestare che la motivazione di tale assenza è stata effettuata per motivi:

di famiglia o personale: _____

di salute: _____

Se di salute attesta:

che ha tenuto sotto controllo il malessere presentato dal minore e ritiene che esso sia passeggero e possa rientrare a scuola;

di essersi rivolto al PLS (Pediatra di libera scelta) o al MMG (Medico di medicina generale) e di aver ricevuto indicazioni che è possibile il rientro a scuola senza produzione di certificato medico (entro i 4 giorni per Primaria e SSI°G; entro i 3 giorni per l'Infanzia);

che il medico ha prodotto certificazione medica che si consegna allegata alla presente all'Istituzione scolastica;

che il medico ha ritenuto di inviare il/la minore ad effettuare il test ed è in attesa di esito che comunicherà tempestivamente alla scuola.

Melito di Napoli, _____

In fede

Il dichiarante

Informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 676/2016: i dati riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.