**Al Dirigente Scolastico**

**IC Benedetto Croce**

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore legale del bambino/a alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assente da scuola nel/i giorno/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mese di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

* di aver preso visione del protocollo anticontagio dell’istituto comprensivo Benedetto Croce
* di essere informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19;

DICHIARA ALTRESI’

* Che il/la proprio/a figlio/a NON si è assentato per motivi di salute;
* Che il/la proprio/a figlio/a SI È ASSENTATO PER MOTIVI DI SALUTE e in tal caso :
* di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale e di averne seguito scrupolosamente le indicazioni terapeutiche, anche relativamente al rientro a scuola.

Si precisa che il modello può subire modifiche in relazione a ulteriori indicazioni dell’autorità sanitaria territorialmente competente

Ferno/Samarate, Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_