



ISTITUTO COMPRESIVO
**SARNELLI
DE DONATO
RODARI**



Via P. Sarnelli, n.255 - Tel/Fax 080.4240796 - 70044 Polignano a Mare (BA)
C. Meccanografico BAIC 87200N – C. Fiscale 93423350722
e-mail baic87200n@istruzione.it - baic87200n@pec.istruzione.it (posta certificata)
sito web: www.ic-sarnellidedonatorodari.edu.it

Al Dirigente scolastico
SEDE

ALLEGATO 2

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.**

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ (____) il ____/____/____, residente nel comune

di

_____, alla via _____ n. _____

Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome)

_____ (nome), nato/a a _____ (____)

il ____/____/20____, assente dal ____/____/20____ al ____/____/20____,

(compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta a tutela)

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 DPR n. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

- esigenze familiari (specificare): _____
- per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

Data, ____/____/20____

Firma del genitore/tutore