



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE
DISTRETTO N. 16 - Macerata Campania (CE) Via Roma,11
C.F. 94017830616- Mail:ceic88300b@istruzione.it – ceic88300b@pec.istruzione.it
sito www.icmaceratacampania.edu.it Tel 0823/692435

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA
PER ASSENZE SUPERIORI A:
3 GIORNI SCUOLA DELL'INFANZIA
5 GIORNI SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA
(art.46 D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____

esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____

CLASSE _____ SEZ. _____ Plesso _____

(Barrare con una X la voce che interessa)

- SCUOLA DELL'INFANZIA
- SCUOLA PRIMARIA
- SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

In base alla normativa vigente (art. 46 DPR n. 445/2000) e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

che l'assenza dal _____ al _____ è dovuta a motivi:

- Familiari
- Salute
- Altro (obbligo di specifica) _____

Si dichiara, inoltre - per quel che riguarda l'assenza per malattia - che la L.R. 25 luglio 2024, n. 13, art. 9, comma 1, prevede la sostituzione dei certificati medici con le autocertificazioni prodotte dalla famiglia "per favorire la semplificazione amministrativa in materia igienico-sanitaria nell'ambito scolastico". Lo scrivente dichiara di aver seguito tutte le indicazioni del medico per la guarigione.

Pertanto, si chiede la riammissione in classe del/la proprio/a figlio/a _____

Macerata Campania, data _____

Firma del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale

