MINISTERO DELL’ISTRUZIONE

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO CASTEL GANDOLFO

*Scuola dell’Infanzia – Primaria - Secondaria di I° Grado*

Via Ugo La Malfa, 3 - 00073 Castel Gandolfo (RM) 🕿 06.9361285- 06.935918301

Codice Univoco: UFNEZ3 - C.F.: 90049360580 - C.M.: RMIC8A500N – Distretto 42° - Ambito 15

rmic8a500n@istruzione.it - rmic8a500n@pec.istruzione.it

sito: [www.iccastelgandolfo.com](http://www.iccastelgandolfo.com/)

**AUTODICHIARAZIONE**

**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

**di certificazione relativa all’assenza/allontanamento dalla scuola**

**dell’ ALUNNO/A……………………………………………..**

Il/La sottoscritto/a…………………………………………documento di riconoscimento ………………………….rilasciato da………………………………… genitore dell’alunno/a ……………………………………………………… ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la propria personale responsabilità e a piena conoscenza della responsabilità penale previste per le dichiarazioni false dall’articolo 76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia

**DICHIARA**

Che l’alunno/a…………………………………………………………………sezione/classe………. Plesso …………………………………..è stato assente dal giorno ……………………… al giorno ………………………

\* per motivi di salute generici (non serve presentare il certificato medico)

\* per motivi di carattere personale e/o familiare

\* in seguito all’allontanamento dalla scuola per temperatura non conforme all’ingresso o per sintomi sospetti (es. febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell’olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.).

In tal caso il sottoscritto dichiara di aver provveduto a contattare in data ……………………. il Dott. ………………………………………………………. in qualità di Pediatra di riferimento o Medico di Medicina Generale. Da tale incontro/contatto non sono emerse sintomi/patologie che possano precludere la regolare partecipazione alla vita scolastica da parte del bambino/a.

Il sottoscritto dichiara di essersi attenuto a quanto prescritto dal medico di riferimento.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (dell’interessato o dell’esercente la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_