*Istituto Comprensivo*

*“Giovanni XXIII”*

*Via Ravita - 85044 Lauria (Pz)*

*Cod. MIUR: PZIC86800D – Codice Univoco dell’Ufficio Indice PA: UFKJSA – Cod. Fisc.: 91002200763*

*0973823028 –* [*www.icgiovanni23lauria.edu.it*](http://www.icgiovanni23lauria.edu.it) *–* *pzic86800d@istruzione.it* *–* *pzic86800d@pec.istruzione.it*

**MODELLO 1**

**AUTODICHIARAZIONE per il rientro a Scuola CON CERTIFICATO MEDICO ASSENZA SUPERIORE A 3 GIORNI**

DOVUTA A MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTO COVID-19

Il/la sottoscritto/a, Cognome …………………………………..………… Nome ………………..…….……………………

Nato a ………………………………………….………... il \_/ \_/

……………………………. genitore dell’alunno/a

Documento di riconoscimento

Cognome………………………………………………………. Nome ………………………………….. Classe ……………… Plesso Scuola Primaria Secondaria ………………………………

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità genitoriale, quanto segue:

− che l’assenza del/la figlio/a, ***dal / \_/202 al / \_/202*** , per un numero di giorni totale pari a (domenica e festivi compresi), è da attribuire a **motivi di salute**;

**ALLEGA**

− alla presente la certificazione medica attestante l’avvenuta guarigione

Lauria, lì / / ……………………………….………………………………

 (Firma leggibile dell’esercente la responsabilità genitoriale