Asilo Infantile Filippo Argenti

Via Dante 21 - 22063 Cantù-Como

T 031714091 mail [info@asiloargenti.it](mailto:info@asiloargenti.it)

**AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA (dopo assenze del minore senza certificato medico)**

***C*onsultare il medico è sempre consigliato *.*** *I genitori sono pregati di compilare questo modulo ed inviarlo per mail alla scuola* [*info@asiloargenti.it*](mailto:info@asiloargenti.it) *oppure consegnarlo al rientro a scuola.*

Cantù, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in qualità di genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. **Che è stato/a dimesso/a anticipatamente da scuola** il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in orario scolastico per motivi di salute .Di aver sentito il Pediatra di Famiglia dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di avere seguito le sue indicazioni terapeutiche ;
2. **Che è stato assente da scuola per scelta della famiglia per motivi di salute**

* Di aver sentito il Pediatra di Famiglia dott.-------------------e di avere seguito le sue indicazioni terapeutiche
* Di non avere richiesto alcun parere medico , pertanto la famiglia si assume la responsabilità della valutazione dello stato di salute del minore

1. **Che è stato assente da scuola per scelta della famiglia per motivi familiari indipendenti dallo stato di salute.**

Barrare la parte della dichiarazione che si vuole rilasciare. Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R.445/2000-

CHIEDE

pertanto la riammissione a scuola del bambino

FIRMA del genitore

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