



**AUTOCERTIFICAZIONE GIORNI DI ASSENZA
(SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)
agg.to doc. del 01-05-2021**

Io sottoscritto.....

Nato/a a.....Il.....

Residente in.....

Via nr

GENITORE O TUTORE LEGALE del minore (nome e cognome)

.....

Data di nascita.....

Iscritto alla Scuola dell'infanzia Mater Orphanorum, Sezione

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti art DPR 445 del 28/12/2000 e sulla base della fiducia reciproca scuola/famiglia pattuita alla sottoscrizione del patto di corresponsabilità.

DICHIARO

Sotto la propria responsabilità che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente da scuola nei giorni:
(elenco giorni, mese e anno)

.....,

per:

motivi familiari /personali

motivi di salute con sintomatologia NON riconducibile a sintomatologia COVID-19, di aver contattato il pediatra (nome e cognome)
in data

quarantena fiduciaria per contatto di positivo SENZA sintomatologia covid, di aver contattato il pediatra.....(nome e cognome) in data

Data

Firma per esteso leggibile