

	<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE NICOLA - SASSO"</b>  C.so Vittorio Emanuele,77 - 80059 TORRE DEL GRECO (NA)  Cod. Fisc. 95170080634 - Cod. Mecc. NAIC8CS00C  Ambito territoriale 21 - Tel./ Fax 081 882 65 00  e-mail :<a href="mailto:naic8cs00c@istruzione.it">naic8cs00c@istruzione.it</a> - <a href="http://www.icsdenicolasasso.edu.it">http:// www.icsdenicolasasso.edu.it</a>  PEC: <a href="mailto:naic8cs00c@pec.istruzione.it">naic8cs00c@pec.istruzione.it</a>  CERTIFICATA SGQ UNI - EN - ISO 9004:2009</p>	 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale   Polo Qualità di Napoli
--	---	--

## AUTODICHIARAZIONE resa ai sensi del DPR 445/2000

### ASSENZA DA SCUOLA ai sensi della L. Regionale 13 del 25 luglio 2024

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

il

e residente in

in qualità di:

**genitore di**

OPPURE

**titolare della responsabilità genitoriale di**

di nato/a a

il

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola**

A. dopo assenza per malattia non infettiva \_\_\_\_\_

**OPPURE**

B. poiché nel periodo di assenza ha contratto malattia infettiva, il sottoscritto ha contattato il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)