



Ministero dell'Istruzione
Università e Ricerca

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 4° CIRCOLO

Via Spiniello - 80011 ACERRA (Napoli)

CF. 93025710638 - Tel/Fax 081.5203566 - e mail naee34400b@istruzione.it - Web www.acerra4.edu.it

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA [cancellare le voci non attinenti] IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____
il ___/___/_____, residente in _____,
Codice Fiscale _____,

è in qualità di genitore o tutore (titolare della responsabilità genitoriale) di
_____ (cognome) _____ (nome), nato/ a
_____ il ___/___/20___,

è In qualità di lavoratore della scuola (insegnante o personale ATA).
[mettere una croce sulla voce interessata]

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n.445/2000 che l'assenza dal ___/___/20___ al ___/___/20___ è dovuta a motivi familiari e chiedo pertanto la riammissione presso la scuola previa consegna della presente dichiarazione.

Data, _____/___/20___

Firma (del genitore, tutore, lavoratore) _____