



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CICAGNA

Viale Italia 13 A - 16044 CICAGNA (GE)

Tel. 0185/92118

[geic84300g@istruzione.it](mailto:geic84300g@istruzione.it) [geic84300g@pec.istruzione.it](mailto:geic84300g@pec.istruzione.it)

C.F. 90058010100 [www.iccicagna.edu.it](http://www.iccicagna.edu.it)



**Alisa**

Sistema Sanitario Regione Liguria

LOGO ASL

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 320 del 11.09.2020

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IEFP)

**IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

☐ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

*oppure*

☐ in quanto operatore scolastico

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 D.P.R. n. 445/2000) che:

l'assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

E' DOVUTA A MOTIVI FAMILIARI, e chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale/operatore scolastico