**ISTITUTO COMPRENSIVO ALLENDE- PADERNO - MIIC8D700L**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL’ALUNNO/A ASSENTE**

Io sottoscritto ……………………………………………………………………. genitore dell’alunno/a ………………………………………………………. classe ………………PLESSO …………………...

assente dal …………… al ………………. per motivi di……………………………………………….

**DICHIARO CHE**

* È stato contattato il medico pediatra
* Si allega certificazione medica
* Non si allega certificazione medica. Il responso del pediatra è………………………………………………………………………………. ……………. …………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………….. ………………………………..
* NON è stata data indicazione di fare il tampone.
* NON è stato contattato il medico pediatra, perché ………………………………………………………………………………………………………. ,..............
* quindi **mi assumo la responsabilità** di far tornare a scuola mio figlio/a.

Data firma del genitore

----------------- ----------------------------------

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

**ISTITUTO COMPRENSIVO ALLENDE- PADERNO - MIIC8D700L**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL’ALUNNO/A ASSENTE**

Io sottoscritto ……………………………………………………………………. genitore dell’alunno/a ………………………………………………………. classe ………………PLESSO …………………...

assente dal …………… al ………………. per motivi di……………………………………………….

**DICHIARO CHE**

* È stato contattato il medico pediatra
* Si allega certificazione medica
* Non si allega certificazione medica. Il responso del pediatra è………………………………………………………………………………. ……………. …………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………….. ………………………………..
* NON è stata data indicazione di fare il tampone.
* NON è stato contattato il medico pediatra, perché ………………………………………………………………………………………………………. ,..............
* quindi **mi assumo la responsabilità** di far tornare a scuola mio figlio/a.

Data firma del genitore

----------------- ----------------------------------