**Autocertificazione per la riammissione scolastica**

Alla Dirigente Scolastica

Dell’Istituto Comprensivo “Pietro Giannone”

Ischitella

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome e cognome*)

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_padre/ madre/ tutore (*sottolineare la voce corrispondente*) dell’alunno/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nome e cognome*) nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al

vero, dichiaro di aver consultato il proprio medico dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essersi attenuto alle indicazioni date dal curante.

Autocertifica che il/la bambino/a può essere riammesso a frequentare la comunità scolastica.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma di autocertificazione

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