AUTOCERTIFICAZIONE DEI GENITORI/TUTORE PER ASSENZE SCOLASTICHE SUPERIORI A 5 GIORNI

(ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

I sottoscritti_____

_____

Nato/a _____il_____/_____/_____

Nato/a _____il_____/_____/_____

Residente in _____

Residente in _____

(i Documenti sono già depositati per il corrente anno scolastico in segreteria)

In qualità di genitori/tutore legale dell'alunno/a _____

Frequentante la classe___ Sez._____dell'Istituto _____ per l'anno scolastico 2025/2026

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modifiche e integrazioni,nonché consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76delmedesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, che l'alunno/a è stato/a assente dalla scuola per:

Motivi di salute n. giorni

Dichiara inoltre che le assenze sopra indicate non sono state soggette a obbligo di certificazione medica *(Circolare Ministerialen.1998del19agosto2020:"lecertificazionimedichenonsonopiùrichiesteperilrientroascuoladopoassenze inferioriosuperioria5giorni"-"La Legge Regionale n. 46 del 25 ottobre 2023, all'art. 1.:"per le assenze scolastiche degli studenti di ogni ordine e grado, pari o superiori i cinque giorni consecutivi, non è richiesto certificato medico di riammissione ad eccezione dei casi in cui sia presente una patologia infettiva - diffusiva soggetta a obbligo di segnalazione")* e che, in occasione di ciascun rientro a scuola, l'alunno/a è sempre rientrato/a in condizioni idonee di salute, nel rispetto delle norme vigenti e del Regolamento di Istituto.

Catanzaro,lì_____

Firma dei Genitori/Tutore _____ _____

RISERVATOALLASCUOLA

Acquisito dal docente di classe/coordinatore in data_____/___/_____

Firma del docente _____