

**XII Istituto Comprensivo di Siracusa**

**Piazza Eurialo, 16 – Belvedere (SR) - tel.0931.744736 – fax 0931.711140**

**Via Cavalieri di Vittorio Veneto – Belvedere (SR) - tel. 0931.711108**

**c.f. 80007550892 - c.m.SRIC808004 – email:** [**sric808004@istruzione.it**](mailto:sric808004@istruzione.it) **sito web:** [**www.dodicesimosiracusa.edu.it**](http://www.dodicesimosiracusa.edu.it)

**Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza per motivi di salute**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome), frequentante la sezione/classe\_\_\_\_\_\_ della scuola dell’Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado, plesso Belvedere/Città Giardino

assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

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 di avere sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), il/la quale ha ritenuto possibile il rientro a scuola.

Chiedo pertanto la riammissione presso l’Istituzione scolastica.

Siracusa, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Genitore Visto il Dirigente

(o di chi ne fa le veci) (o il docente preposto)

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



**XII Istituto Comprensivo di Siracusa**

**Piazza Eurialo, 16 – Belvedere (SR) - tel.0931.744736 – fax 0931.711140**

**Via Cavalieri di Vittorio Veneto – Belvedere (SR) - tel. 0931.711108**

**c.f. 80007550892 - c.m.SRIC808004 – email:** [**sric808004@istruzione.it**](mailto:sric808004@istruzione.it) **sito web:** [**www.dodicesimosiracusa.edu.it**](http://www.dodicesimosiracusa.edu.it)

**Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza per motivi di salute**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome), frequentante la sezione/classe\_\_\_\_\_\_ della scuola dell’Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado, plesso Belvedere/Città Giardino

assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

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 di avere sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), il/la quale ha ritenuto possibile il rientro a scuola.

Chiedo pertanto la riammissione presso l’Istituzione scolastica.

Siracusa, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Genitore Visto il Dirigente

(o di chi ne fa le veci) (o il docente preposto)

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



**XII Istituto Comprensivo di Siracusa**

**Piazza Eurialo, 16 – Belvedere (SR) - tel.0931.744736 – fax 0931.711140**

**Via Cavalieri di Vittorio Veneto – Belvedere (SR) - tel. 0931.711108**

**c.f. 80007550892 - c.m.SRIC808004 – email:** [**sric808004@istruzione.it**](mailto:sric808004@istruzione.it) **sito web:** [**www.dodicesimosiracusa.edu.it**](http://www.dodicesimosiracusa.edu.it)

**Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza per motivi di salute**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome), frequentante la sezione/classe\_\_\_\_\_\_ della scuola dell’Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado, plesso Belvedere/Città Giardino

assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

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 di avere sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), il/la quale ha ritenuto possibile il rientro a scuola.

Chiedo pertanto la riammissione presso l’Istituzione scolastica.

Siracusa, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Genitore Visto il Dirigente

(o di chi ne fa le veci) (o il docente preposto)

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