|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO DI PREGANZIOL**Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° gradoVia A. Manzoni 39, 31022 Preganziol (Treviso)Tel 0422 330645 - 0422 938584 - CF 80011500263[www.icpreganziol.edu.it](http://www.icpreganziol.edu.it) tvic81300t@istruzione.it - tvic81300t@pec.istruzione.it | repubblica_italiana_emblema_logo-187x210 |

 **Modello 43 IPS**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**

**PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 75 e 76 DPR 445/2000), e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione del COVID19 per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARA**

**(ai sensi dell’art. 4 della L. 15/68, dell’art. 2 comma 1 del DPR 403/98 e del DPR 445/2000)**

* che il proprio figlio/a è stato assente da scuola dal giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di salute.
* di aver contattato il medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) e dopo una sua valutazione di essersi attenuto/a, alle indicazioni riguardo la terapia e il numero di giorni di assenza da scuola con autorizzazione, della ripresa della frequenza scolastica dal giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

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