



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca
Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Alunno/a (cognome/nome) classe/sezione

Scuola

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA
NON PREVENTIVAMENTE COMUNICATA

Il/La sottoscritto/a Genitore dell'alunno/a sopra indicato/a,
consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

Che il proprio/a figlio/a è stato/a assente da scuola dal al, per un totale di giorni per:

MALATTIA

Assicurando che sono state osservate le prescrizioni del medico curante e che può riprendere la frequenza scolastica poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività.

ALTRI MOTIVI NON LEGATI ALLO STATO DI SALUTE

Data _____

Firma _____

(da consegnare ai docenti di sezione/classe)