

**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 _____,

DICHIARA

Che il 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 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)
