

alunno/a _____
classe/sezione _____ scuola _____

**AUTOCERIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA PER ASSENZA
NON DOVUTA A MALATTIA SUPERIORE A CINQUE GIORNI**

(ai sensi dell'art. del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità civile e penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000

- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente da scuola dal _____ al _____
per un totale di giorni _____ per motivi _____
- che riprenderà la frequenza il giorno _____

Giugliano in Campania, _____

Firma _____

Allego fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

I dati sopra indicati saranno trattati dall'istituzione scolastica nei limiti previsti dal D. Lgs. 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)

(da consegnare ai docenti di sezione/classe)