

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. "S@mnium"
di Pontelandolfo (BN)

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA
NON DOVUTA A MOTIVI DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____

Genitore/tutore dell'alunno _____

Classe _____ Sez. _____

Scuola dell'Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di I grado

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni mendaci, che l'alunno/a è stato/a assente da scuola dal __/__/20__ al __/__/20__ per complessivi n. __ giorni e per esigenze indifferibili, del tutto estranee a malattia.

Firma _____

I dati sopra indicati saranno trattati dall'istituzione scolastica nei limiti previsti dal Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) per il trattamento di dati personali.

(da consegnare ai docenti di sezione/classe)