

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)