**Allegato 4**

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MALATTIA CHE NON NECESSITA DI ATTESTATO DEL MEDICO/PEDIATRA

Il/la sottoscritto/a

Genitore dell’alunno/a

Frequentante la classe

oppure

Il/la sottoscritto/a studente maggiorenne

Frequentante la classe

consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a

oppure (nel caso di studente maggiorenne)

che il sottoscritto

- è stato/a assente da scuola per motivi di salute dal al , per un totale di giorni

- che sono state osservate le prescrizioni del medico curante o del pediatra di libera scelta.

 Firma