# Istituto Comprensivo Sant'Agnese

**Alunno/a** …...................................................................................

**Classe/sezione**................................................................................

**Plesso** …........................................................................................

# AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MALATTIA PARI O SUPERIORE A CINQUE GIORNI

Gli alunni che siano rimasti assenti per un periodo ininterrotto pari o superiore a cinque giorni (ivi compresi i giorni festivi o di interruzione delle attività all'interno del periodo considerato) sono riammessi alla frequenza delle attività dietro presentazione di autocertificazione da parte dei genitori.

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………

genitore dell’alunno/a sopra indicato/a, consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace, dichiara

* che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente da scuola per malattia dal ………………………….... al ,

per un totale di giorni …...…………..

* che non è stato affetto da infezione da COVID-19 e che può quindi riprendere la frequenza scolastica poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività.

Saronno, …………………………

Firma...........................................

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)