Al Dirigente Scolastico

del C.D. “ P. Megali”

89063 Melito di Porto Salvo (RC)

OGGETTO: Modulo autodichiarazione rientro assenza malattia alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a ..........................................……………………………….,consapevole delle responsabilità civili e penali previste in caso di......................dichiarazioni mendaci, genitore dell’alunno/a …………………………….…....... frequentante la classe…………… della Scuola Primaria/Secondaria di primo Grado del Plesso di..........................................…………………………………………………………, assente per malattia dal……………………………al ..................., in ossequio a quanto stabilito dalla Legge regionale del 25 ottobre 2023 che ha aggiunto all’art. 1 ha abolito l’obbligo di presentazione del certificato medico dopo cinque giorni di assenza, a guarigione clinica avvenuta del/lla proprio/a figlio/a,

 DICHIARA Che, sentito il parere positivo del Pediatra/Medico di famiglia Dott..................................................., il /la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_puo’ rientrare regolarmente a scuola

Luogo e data …………………………………Firma del Genitore ……………………………………………………………