



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"P. Giannone – E. De Amicis"
C.so Giannone, n°98 – Caserta



AUTOCERTIFICAZIONE

IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il ___/___/_____, residente in _____
Codice Fiscale _____,

- in qualità di genitore o tutore (titolare della responsabilità genitoriale) di _____ (cognome) _____ (nome), nato/a _____ il ___/___/20____, Codice Fiscale _____
- In qualità di lavoratore della scuola (insegnante o personale ATA).
- In qualità di operatore esterno che presta servizio a scuola (OSE, OSA, etc.)

[mettere una croce sulla voce interessata]

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000 che l'assenza dal ___/___/20___ al ___/___/20___ è dovuta a motivi familiari e chiedo pertanto la futura riammissione presso la scuola previa consegna della giustificazione sul libretto. Sono consapevole del fatto che, nel caso in cui sorgano, nel periodo appena indicato, sintomi tali da imporre cautele aggiuntive, sarà mia cura farvi fronte.

Data, _____/___/20____

Firma (del genitore, tutore, lavoratore) _____

h