

**AUTOCERTIFICAZIONE PER ASSENZA SUPERIORE AI TRE GIORNI (Scuola dell'Infanzia) CINQUE GIORNI
(Scuola Primaria/Secondaria 1° Grado)**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____, a conoscenza di quanto
prescritto dalla Legge della Regione Lazio n. 7 del 22 ottobre 2018 (DRL n. 55 del 25 settembre 2018)
"Disposizioni sulla semplificazione delle certificazioni sanitarie in materia di tutela della salute in ambito
scolastico", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale
responsabilità

DICHIARA

che il/la figlio/a _____,
frequentante per l'anno scolastico 2021/22 la classe ____ sez. ____ della Scuola

Infanzia Primaria Secondaria di primo grado

Del plesso G. Matteotti Madonna del Calle F.lli Cervi

è stato/a assente dal giorno _____ al giorno _____ per una durata di
giorni _____ per motivi di salute, non contemplati nella deroga prevista al comma 1 dell'art. 68 della
Legge Regionale n. 7 del 22 ottobre 2018 (DRL n. 55 del 25 settembre 2018).

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili.

Priverno, _____

Firma del/la dichiarante _____