



Istituto Comprensivo Statale "De Amicis-Milizia"

Via R. Lombardi, 7 – 72024 Oria (BR) – tel. 0831845555 telefax: 0831.845016

C.M. bric825006 C.F.80003090745 e-mail:bric825006@istruzione.it



Unione Europea
F.O.S. - "Comitato per lo Sviluppo" (P.F.E.)
F.O.S. - "Ambiente per lo Sviluppo" (P.F.E.)
D.G. "Occupazione, Affari Sociali e pari Opportunità"
D.G. "Politiche Regionali"



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
D.G. per gli Affari Internazionali - Ufficio
Programmazione e gestione dei fondi strutturali europei
e nazionali per lo sviluppo e la coesione sociale



2007-2013
Cassa di Risparmio di Oria - Credito Cooperativo



AUTODICHIARAZIONE- MODELLO B

ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

ai sensi dell'Art. 47 del D.P.R. 455 del 28/12/2000

(per tutti gli ordini di scuola, da compilare anche solo per 1 giorno di assenza e consegnare al docente della prima ora)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____, e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità

genitoriale) dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____, iscritto/a e frequentante nell'a. s. 2020/2021 la classe/sez. ____/____ di scuola

Infanzia

DE MARZO

MONTALBANO

Primaria

DE AMICIS

MONTALBANO

Sec. 1° grado

MILIZIA

- consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e
- consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso a scuola poiché durante il periodo di assenza per motivi di salute è stato consultato il pediatra/medico di base dottor/dottoressa _____

ed è stata esclusa la presenza di sintomatologia riconducibile a covid19.

Oria, _____

Firma del dichiarante
