

Ministero dell’Istruzione e del Merito

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ad indirizzo musicale “ROMUALDO TRIFONE”**

Viale della Repubblica, 40 – 84096 - Montecorvino Rovella (SA)

Tel./Fax 089/867945 - C.F. 80024750657 C.M. SAIC86300E

[www.icmrovella.edu.it](http://www.icmrovella.edu.it) – e-mail: saic86300e@istruzione.it – PEC: saic86300e@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo “Trifone” Montecorvino Rovella (SA)

SCUOLA DELL’INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA

AUTODICHIARAZIONE GENITORE PER RIENTRO DOPO ASSENZA DELL’ALUNNO PER MOTIVI FAMILIARI/DI SALUTE (AI SENSI DEL D. P. R. N. 445 DEL 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome

Luogo di nascita data di nascita

genitore dell’alunno frequentante la sezione/classe della

Scuola:

* Infanzia Plesso Acerno
* Primaria Acerno
* Primaria Macchia
* Primaria S. Martino
* Secondaria sede centrale “Trifone”
* Secondaria Acerno

dell’ICS Trifone di Montecorvino Rovella

DICHIARA

che l’assenza del figlio da scuola dal al è avvenuta per motivi

* di famiglia
* di salute

Luogo e data Firma

**N. B.** Per assenze per motivi di salute rimane fermo che dopo 5 giorni di malattia si rientra a scuola con certificato medico.