**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto Comprensivo**

**Via Pace Limbiate**

**Oggetto: Autocertificazione per rientro a scuola dopo malattia**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara che l'alunno/a è stato/a assente da scuola dal \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ per malattia.

**DICHIARA**

che l'alunno/a è guarito/a e può rientrare a scuola.

Limbiate, \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_