



**Polo Scolastico Cattolico delle Figlie di Maria Ausiliatrice  
Istituto "Maria Ausiliatrice" e "Santo Spirito" - LIVORNO**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIAMMISSIONE A SCUOLA IN SEGUITO A MALATTIA  
che non richiede l'emissione di certificato medico**

---

I sottoscritti genitori:

**Padre** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME) (DATA DI NASCITA)

**Madre** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME) (DATA DI NASCITA)

**di** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME BAMBINO/A) (DATA DI NASCITA)

in vista della riammissione a Scuola del/della proprio/a figlio/a in seguito ad un'assenza per malattia per un numero di giorni inferiore a quello che prevede il rilascio del certificato

**DICHIARANO**

- **di aver rispettato tutte le procedure previste da**
  - **Rapporto COVID 58/2020 dell'I.S.S.**
  - **Patto di Corresponsabilità e Regolamento dei genitori assunto dalla scuola**
  - **Ordinanza Regione Toscana 95 del 23.10.2020 e successivo**

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, il sottoscritto, esercenti la potestà genitoriale del minore oggetto della presente autocertificazione, dichiarano quanto sopra enunciato.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

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