



**ASILO-SCUOLA MATERNA di OME**

25050 OME (BS) – Via Valle, 9 – Tel. 030/652286

Cod. Fisc. 80047900172 – Partita IVA 01787120177

E-mail: [materna.ome@libero.it](mailto:materna.ome@libero.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE  
PER RIAMMISSIONE IN COMUNITA' SCOLASTICA**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_  
consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni  
mendaci e dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della  
salute della collettività

**DICHIARO**

che mio/a figlio/a è stato assente da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per:

**MOTIVI DI SALUTE**

DICHIARO, inoltre, di aver contattato il pediatra/medico e di essermi attenuto alle  
indicazioni ricevute dal curante in merito al rientro in collettività di mio/a figlio/a.

**MOTIVI NON DOVUTI A MALATTIA**

Ome, \_\_\_\_\_

**IL GENITORE**

\_\_\_\_\_