

**MODULO AUTODICHIARAZIONE SANITARIA  
(abolizione certificato medico)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole dell'abolizione del certificato di riammissione a scuola oltre i cinque giorni di assenza per malattia (L.R. 24 gennaio 2020, n.1, art.20 comma 2) e al fine di documentare e sottolineare la responsabilità genitoriale nei confronti della collettività nella quale il/la proprio/a figlio/a è inserito, così come previsto dalla Circolare Regionale n.70333 del 13 febbraio 2020, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario

**DICHIARA CHE**

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

è stato/a assente per malattia dal..... al..... e  
di aver contattato il medico e di essersi attenuto alle sue prescrizioni ed indicazioni

\_\_\_\_\_  
(luogo, data) (firma)