



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
“PIETRO MENNEA ”
VIA CANOSA, 161 – 76121 BARLETTA (BT)
Cod. Uni. IPA: UF4DRF – C. F. 90091030727
C.M. BTIC86700V



Allegato 1A – Autocertificazione rientro a scuola al termine del periodo di malattia (a partire da 5gg)

Al Dirigente scolastico IC “PIETRO MENNEA”

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo	

Recapito telefonico *	e-mail *

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

alunno frequentante l’Istituto scolastico sopra indicato

plesso C.M. Giulini G.Rodari S.Dom.. Savio S.Baldacchini;

genitore o tutore di:

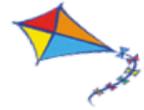
Nome	Cognome	Codice fiscale *

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 DPR n. 445/2000,



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
“PIETRO MENNEA ”
VIA CANOSA, 161 – 76121 BARLETTA (BT)
Cod. Uni. IPA: UF4DRF – C. F. 90091030727
C.M. BTIC86700V



di avere informato mediante messaggistica digitale o comunicazione elettronica il (barrare la voce attinente)

Pediatra di Famiglia Medico di Medicina Generale

Nome	Cognome

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico specifico .

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso l'Istituto scolastico.

Data,

Firma del genitore/tutore