



SCUOLA DELL'INFANZIA – NIDO INTEGRATO ARCOBALENO

“Emilia Girardello Ferrari Farinazzo” - IPAB

Via Roma n. 409 35040 Casale di Scodosia (PD)

C.F. e P.I. 00762420289 – Tel. 0429879092 Fax 0429848287

e-mail: [infanziasale@gmail.com](mailto:infanziasale@gmail.com)

[www.scuolainfanzia-ferrarifarinazzo.it](http://www.scuolainfanzia-ferrarifarinazzo.it)

[PEC: scuolacasalediscodosia@pec.fismpadova.it](mailto:scuolacasalediscodosia@pec.fismpadova.it)

[Accreditamento Nido Integrato Prot. n. 0030223 del 25/02/2020](#)

[Autorizzazione sezione Primavera Decreto URS n. 20956 del 12/11/2020](#)

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola per assenza causata da motivi di famiglia**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_.

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_,

assente dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_,

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, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso NON è dovuto a motivi di salute, ma legato ad esigenze familiari \_\_\_\_\_:

Dichiara altresì che durante il suddetto periodo il proprio figlio non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

Lì, \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Firma (del genitore, tutore)