



LICEO STATALE  
**"ARTURO ISSEL"**  
Via Fiume, 42 - 17024 FINALE LIGURE (Sv)  
tel. 019 692323 - fax: 019 692042  
e-mail: [svps02000d@istruzione.it](mailto:svps02000d@istruzione.it)  
P.e.c.: [svps02000d@pec.istruzione.it](mailto:svps02000d@pec.istruzione.it)  
sito web: <http://www.liceoisssel.gov.it>  
CMPI: SVPS02000D \*\*\* C.F. 91014830094  
Cod. IPA: istsc\_svps02000d - Univoco Ufficio : UFXLON



### Autocertificazione per rientro dell'alunno/operatore scolastico IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

- In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di:

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

*oppure*

- In quanto operatore scolastico

**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 D.P.R. n. 44/2000 che:

l'assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è **dovuta a motivi familiari** e chiede pertanto la riammissione a scuola.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità  
genitoriale/ operatore scolastico