****

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**

 **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “BUONARROTI”**

Via IV Novembre,38 - 20094 Corsico (MI) - tel. 02.45100100

email: miic88800v@istruzione..it; p.e.c. miic88800v@pec.istruzione.it

[www.icbuonarroticorsico.edu.it](http://www.icbuonarroticorsico.edu.it)

**MODULO PER IL RIENTRO A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(o titolare della responsabilità genitoriale) di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe sezione \_\_del plesso

1. Infanzia Munari
2. Primaria Salma
3. Primaria Battisti
4. Secondaria Buonarroti

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

**DICHIARA**

**(barrare la casella di interesse)**

* in caso di assenza dell’alunno/a per motivi di salute

di avere consultato il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) o il Pediatra di libera scelta (PLS) e di essersi attenuto scupolosamente alle indicazioni ricevute dal proprio medico

* in caso di assenza dell’alunno/a per altre motivazioni

che il motivo dell’assenza è il seguente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corsico il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_