



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "E. ALESSANDRINI-MAINARDI" VITTUONE**



I.T.I.S. - LICEO SCIENTIFICO SCIENZE APPLICATE "E. Alessandrini" - Via Zara n. 23/C
20009 VITTUONE (MI) tel. 02 90111011

I.P.S.I.A. "Mainardi" - Via Roma n. 1 - 20011 CORBETTA (MI) tel. 02 .9779946

PEC: MIIS09200P@PEC.ISTRUZIONE.IT E-mail: MIIS09200P@istruzione.it C.F.: 93035690150 www.alessandrinimainardi.edu.it

Comunicato n. 27
del 21/09/2021

**Agli studenti
Alle famiglie
Ai docenti**

Oggetto: Gestione assenze no COVID

Nel caso di assenze per motivi personali o per motivi di salute non riconducibili al Covid, accertate da valutazione medica, l'alunno/a potrà tornare a scuola, previa compilazione dell'autodichiarazione allegata alla presente circolare, ovviamente al termine dell'eventuale periodo di prognosi prescritta dal medico.

Dovrà in ogni caso essere compilato e consegnato anche il libretto personale con la giustificazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Giovanna Ruggeri
(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)

Dichiarazione studenti minorenni

Al Dirigente Scolastico
dell'IIS ALESSANDRINI MAINARDI
Prof.ssa Ruggeri Giovanna

Oggetto: dichiarazione assenza

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno _____

iscritto alla classe _____ per l'a.s. 2021/22

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazione mendace, che l'assenza del proprio figlio / propria figlia

dal giorno _____ al giorno _____

è dovuta a:

Motivi personali

Malattia con sintomi non riconducibili a COVID-19 ed ha consultato il Pediatra di

famiglia/Medico curante in data _____ alle ore _____ e di essersi attenuto alle sue indicazioni

Luogo e data _____

Firma

Dichiarazione studenti maggiorenni

Al Dirigente Scolastico
dell'IIS ALESSANDRINI MAINARDI
Prof.ssa Ruggeri Giovanna

Oggetto: dichiarazione assenza

Il sottoscritto studente _____

iscritto alla classe _____ per l'a.s. 2021/22

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazione mendace, che l'assenza

dal giorno _____ al giorno _____

è dovuta a:

Motivi personali

Malattia con sintomi non riconducibili a COVID-19 ed ha consultato il Pediatra di

famiglia/Medico curante in data _____ alle ore _____ e di essersi attenuto alle sue indicazioni

Luogo e data _____

Firma
