



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE  
GIOVANNI CABOTO**



SEDE Via G.B. Ghio, 2-4 SUCCURSALE C.so Millo, 9 16043 CHIAVARI (GE) Tel. (0185) 322108 - Fax (0185) 321425  
SEDE ASSOCIATA P.zza San L. Murialdo, 3 16038 S. MARGHERITA LIGURE (GE) Tel. e Fax (0185) 287062  
www.caboto.gov.it E-mail: geis01900v@istruzione.it geis01900v@pec.istruzione.it C.F. 90064240105 C.U. UFKVXR

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELLO STUDENTE NELL'AMBITO DEI  
SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE E  
GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI  
(leFP)**

**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 di titolare della responsabilità genitoriale) di  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

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

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

**DICHIARA**

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, che:

l'assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

È DOVUTA A MOTIVI FAMILIARI, e chiede pertanto la riammissione presso la scuola.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_