



**Ministero dell'Istruzione**  
**ISTITUTO COMPRESIVO DI LEFFE**

Via Locatelli, 44 – 24026 Leffe (BG) - Tel. 035/731350 - C.F. 90017470163

*BGIC853009@istruzione.it - BGIC853009@pec.istruzione.it*

*www.icleffe.edu.it - Codice univoco per Fatturazione Elettronica: UFUUKA*

**ALLEGATO**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**dell'Istituto Comprensivo di Leffe**

**Oggetto: Autocertificazione per rientro a scuola.**

Il sottoscritto genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_ sez. \_\_\_\_\_, dichiara di aver contattato e concordato con il  
Pediatra/Medico Curante che non è necessario procedere con la procedura di secondo livello e che,  
quindi, il figlio può rientrare a scuola.

Data .....

Cognome e nome 1° Genitore ..... Firma .....(\*)

Cognome e nome 2° Genitore ..... Firma .....

(\*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.