



**Conservatorio "Santa Maria della Pietà"**  
**POLO EDUCATIVO**  
**0 - 10 anni**  
**Scuola Paritaria**  
C.F. 82000830636- P.IVA. IT. 01548161213  
**Nido d'Infanzia**  
**Sezione Primavera**  
**Scuola dell'Infanzia - C.M.: NA 1A39400R**  
**Scuola Primaria- C.M.: NA 1E03200R**  
Via S. M. della Pietà, 24 - Sorrento (NA) -tel/fax: 081 878 48 03  
e-mail: [info@santamariadellapieta.it](mailto:info@santamariadellapieta.it) - [conservatoriosantamariadellapieta@pec.it](mailto:conservatoriosantamariadellapieta@pec.it)  
[www.santamariadellapieta.it](http://www.santamariadellapieta.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ Classe/Sezione \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e  
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di  
COVID-19 per la tutela della salute della collettività

#### DICHIARA

che l'assenza del/la proprio/a figlio/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è avvenuta per  
motivi di salute. Avendo superato il limite dei giorni di assenza (6 giorni Scuola Primaria – 4 giorni  
Scuola dell'Infanzia), **allega alla presente certificato medico** attestante che il/la proprio/a figlio/a  
può essere riammesso/a a scuola.

Sorrento, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Indicare gli estremi del documento d'identità del genitore.

C.I. N. \_\_\_\_\_ rilasciata dal \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Autodichiarazione Modello C (allegare certificato medico) – Malattia superamento limite  
giorni**