

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO GG. 5 DI ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Genitore/tutore dell'alunno/a _____

Classe _____ sezione _____

- 1) Vista la L. 675/96 sulla tutela ed il trattamento dei dati personali;
- 2) Visto l'art. 47 del D.P.R. 440/'00;
- 3) Visto il D.L. 196/03
- 4) Vista la L.R. 25 giugno 2008 n. 15
Considerato che sono trascorsi complessivamente _____ (>5gg.) di malattia e quindi di assenza da scuola:

D I C H I A R A

Di aver sentito il parere del medico curante Dott. _____

del/della figlio/a sul superamento della malattia e di essersi attenuto/a alle indicazioni ricevute in merito al rientro in collettività senza pericolo sanitario nei confronti delle persone stesse.

Data _____

In fede

Visto :
L'Insegnante di classe

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO VIA CASTELDELFINO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO GG. 5 DI ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Genitore/tutore dell'alunno/a _____

Classe _____ sezione _____

- 5) Vista la L. 675/96 sulla tutela ed il trattamento dei dati personali;
- 6) Visto l'art. 47 del D.P.R. 440/'00;
- 7) Visto il D.L. 196/03
- 8) Vista la L.R. 25 giugno 2008 n. 15
Considerato che sono trascorsi complessivamente _____ (>5gg.) di malattia e quindi di assenza da scuola:

D I C H I A R A

Di aver sentito il parere del medico curante Dott. _____

del/della figlio/a sul superamento della malattia e di essersi attenuto/a alle indicazioni ricevute in merito al rientro in collettività senza pericolo sanitario nei confronti delle persone stesse.

Data _____

In fede

Visto :
L'Insegnante di classe
