DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

DOPO GG.5 DI ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a 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 2008 n.15
   Considerato che sono trascorsi complessivamente _____ (>5gg.) di malattia e quindi di assenza da scuola;

DICHIARA

Di aver sentito il parere del medico curante Dott. _____

Del/della figlio/a sul supermanto 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

_____