



Al Dirigente scolastico

SCUOLA PER L'INFANZIA "SANTO BAMBINO"

Verbania – Intra

Dichiarazione sostitutiva di certificato medico di riammissione per assenze superiori ai 5 giorni

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Genitore dell'alunno/a (cognome e nome) _____

CERTIFICA

consapevole della responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non
corrispondente al vero,

che il/la proprio/a figlio/a assente dalle lezioni dal _____ al _____

è guarito/a e può riprendere a frequentare le lezioni.

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara , altresì, di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica amministrazione (legge 31/12/96 n° 675 tutela della privacy art. 27).

Firma _____