

ALL. "A"

Al Presidente della Scuola Materna e Micronido
N.G. GAIFAMI TRECCANI – MONTICHIARI (BS)

Luogo _____ Data _____

Oggetto: dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per riammissione a Scuola dopo 3 gg. di assenza per malattia.

 sottoscritt _____
Cognome Nome

Nat_ a _____ il _____

Genitore/Tutore dell'alunn _____
Cognome Nome

Frequentante la Scuola Materna e Micronido N.G. GAIFAMI TRECCANI di Montichiari

- Sentito il proprio medico curante/pediatra sul superamento di eventuali malattie infettive in atto;
- Considerato che sono trascorsi (>3gg.) dal _____ al _____ di malattia e quindi di assenza da Scuola;
- Visto la L. 675/96 sulla tutela ed il trattamento dei dati personali;
- Visto l'art. 47 del D.P.R. 440/00;
- Vista la L.R. 12/03;
- Visto il regolamento interno della Scuola;
- Consapevole che in caso di falsa dichiarazione anche a seguito di controllo sulla veridicità, verrà denunciato all'autorità giudiziaria e decadranno gli eventuali benefici ottenuti con falsa dichiarazione:

DICHIARA

Che citat alunn ha superato la malattia eventualmente infettiva in atto e può essere riammess a Scuola senza pericolo sanitario nei confronti delle persone frequentanti la Scuola stessa.

In fede

Firma