



Scuola dell'Infanzia "Angeli Custodi"

Via Leonardo da Quinto 131 37142
Verona - Quinto di Valpantena
Tel+Fax 045/550390
e-mail: info@angelicustodiquinto.edu.it
C.F. 80023100235 - P.IVA 01541250237



AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO ASSENZA PER MALATTIA

Alunno/a :

Classe/sezione :

Il/la sottoscritto/a

nato/a a..... il

e residente in

Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a sopra indicato/a

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della salute della collettività

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente per
dal al per un totale di giorni
 - per motivi non riconducibili a condizioni di salute
 - per motivi di salute, e che sono state nel frattempo osservate tutte le prescrizioni fornite dal medico/pediatra curante dott. e concordato con esso il tempo di guarigione e rientro nel contesto scolastico.
- e che il/la proprio/a figlio/a può riprendere la frequenza della scuola in quanto non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività (sintomi influenzali, parainfluenzali, Covid-19, ecc...).

Luogo **Data** **Firma del genitore (o di chi ne fa le veci)**

.....

il presente modulo deve essere consegnato dal genitore/accompagnatore al docente di sezione/classe il mattino del giorno del rientro

Privacy

I dati riportati nel presente modulo saranno utilizzati nel rispetto delle normative privacy vigenti e successive modifiche ed integrazioni.