

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI INVERIGO

OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva di **certificato medico di riammissione** per assenze superiori ai 5 giorni.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____,
genitore dell'alunno/a (cognome) _____ (nome) _____
classe ____ sezione ____ plesso _____,

CERTIFICA

(consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti 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 DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA SCUOLA PUO' UTILIZZARE I DATI CONTENUTI NELLA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER I FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (D.L. 196 / 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

Firma _____