

**Oggetto: dichiarazione sostitutiva del certificato medico per la riammissione a scuola dopo 5 gg. di assenza per malattia\***

  I   sottoscritt \_\_\_\_\_

nato/a\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunn \_\_\_\_\_

frequentante la scuola \_\_\_\_\_  
(indicare sede, classe e sezione)

- sentito il proprio medico curante/pediatra, in caso di malattie infettive e/o contagiose;
- considerato che sono trascorsi complessivamente \_\_\_\_\_ gg. di malattia e \_\_\_\_\_ di assenza da scuola;
- vista la normativa in vigore sulla tutela ed il trattamento dei dati personali;
- consapevole dei rischi nei quali può incorrere in caso di falsa dichiarazione,

**DICHIARA**

che   I   citat\_ alunn\_ ha superato la malattia e può essere riammess \_\_\_\_\_ a scuola senza pericolo sanitario nei confronti delle persone frequentanti la scuola stessa.

data: \_\_\_\_\_

In fede

-----

firma

**N.B. \*** Si precisa che le assenze per motivi familiari non necessitano della presente autocertificazione solo se **comunicare e giustificare in anticipo** agli insegnanti della classe.