



Istituto Comprensivo "Luigi Capuana"

Infanzia - Primaria - Secondaria

SICULIANA (AG)

Via Roma,133 - Tel. 0922 815144

Fax 0922 817600

Siculiana li _____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "L. Capuana"
di Siculiana

Oggetto: dichiarazione sostitutiva per la riammissione a scuola dopo gg 5 di assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a _____, nat_ a _____

il _____, genitore/tutore dell'alunn_ _____

frequentante la scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria I grado di questo Istituto nella classe _____, sez. _____,

- ◆ sentito il proprio medico curante/pediatra sul superamento di eventuali malattie infettive o non in atto;
- ◆ considerati che sono trascorsi complessivamente _____ (> 5 gg) gg. di malattia e quindi di assenza da scuola;
- ◆ visto l'art. 47 del D.P.R. 440/'00;
- ◆ visto il Regolamento interno;
- ◆ tenuto conto di aver compilato e sottoscritto l'apposito tagliando sul libretto delle assenze;
- ◆ 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_ l_ citat_ alunn_ ha superato la malattia in atto e può essere riammess_ a scuola senza pericolo sanitario nei confronti delle persone frequentanti la scuola stessa.

che_ l_ citat_ alunn_ è stato assente per motivi di famiglia e non presente malattie in atto.

In fede
