

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
PER RIENTRO A SCUOLA ALUNNI DOPO ASSENZA PER MALATTIA SUPERIORE
A CINQUE GIORNI

(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente in _____ (prov. _____)
via/piazza _____ n. _____
genitore dell'alunno _____ frequentante la classe _____

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

che, sentito il parere positivo del medico di famiglia, il proprio figlio/a assente dal _____

- ☐ è guarito/a ed esente da malattia contagiosa o diffusa
- ☐ si è assentato/a per motivi di salute riferibili a patologia cronica/acuta la cui documentazione sanitaria è già agli atti della scuola

e pertanto può riprendere l'attività scolastica.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 - GDPR, che i dati personali raccolti saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la dichiarante

(luogo e data)

(firma per esteso e leggibile)

Si allega copia/e del/i documento/i di identità in corso di validità.