ASILO INFANTILE G.ZUCCONE - ENTE EDUCATIVO - ETS
Scuola dell'Infanzia Paritaria Bilingue
Via Marconi n. 2, Quarona (VC)
C.F.82001670023 – P.IVA 01690950025
tel. 0163430273 - cell. 3894994065 - www.asilozuccone.it - infozuccone@gmail.com

ALLEGATO D

Da compilare al momento del rientro a scuola successivamente a 5 o più giorni di assenza consecutivi per malattia (incluso il fine settimana)

Il/la sottoscritto/a _____ genitore/tutore

dell'alunno/a _____

- Sentito il proprio medico curante/pediatra sul superamento di eventuali malattie infettive in atto
- Considerato che sono trascorsi complessivi _____ giorni di malattia e quindi di assenza da scuola
- Vista la legge 675/96 sulla tutela ed il trattamento dei dati personali
- 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 il/la bambino/a ha superato la malattia, eventualmente infettiva, in atto e può essere riammesso/a a Scuola senza pericolo sanitario nei confronti delle persone frequentanti la stessa Scuola.

Data ____ / ____ / _____

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

_____