

**Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Rosa FORLENZA**

**I.C. CARIGNANO
Via Tappi, 44
Carignano**

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

Il/la sottoscritto/a

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ in data _____

genitore ☐ tutore ☐

dell'alunno/a _____

frequentante la sede di _____ nella classe _____ sez. _____

sentito il proprio medico curante/pediatra sul superamento di eventuali malattie infettive in atto;

considerato che sono trascorsi complessivamente _____ (> 5 gg.) giorni di malattia e quindi di
assenza da scuola;

- visto il D.Lgs. 196/2003 sulla tutela ed il trattamento dei dati personali;
- visto l'art. 47 del D.P.R. 440/00;
- vista la L.R. n. 15 del 23/06/2008 che prevede la non obbligatorietà del certificato medico oltre i 5 giorni di assenza;
- visto l'art. 5 comma 5 Cap IV del Regolamento di istituto;

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità che il citato alunno ha superato la malattia eventualmente infettiva in atto e può essere riammesso a scuola senza pericolo sanitario nei confronti delle persone frequentanti la scuola stessa.

Data _____

Firma _____

Si allega obbligatoriamente fotocopia documento d'identità in corso di validità