

ALLEGATO 3. Dichiarazione per assenza per motivi di salute

DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE AI SERVIZI DEL MINORE IN CASO DI ASSENZA, PER MOTIVI DI SALUTE

Il sottoscritto _____, nato il ___/___/___

a _____ (____), residente in _____ (____),

Via _____, Tel _____,

Cell _____ email _____,

in qualità di _____ del minore _____

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che, come da impegno sottoscritto, ha provveduto a contattare in data _____ il PLS/MMG, il quale non ha disposto l'esame del tampone e ha dichiarato che il l'alunno può riprendere la frequenza della scuola.

In fede

Data

Firma del dichiarante