

ASSENZA PER MALATTIA E RITORNO IN COLLETTIVITA'
(ai sensi della DGR N. VII/18853 del 30/09/2004)

AUTOCERTIFICAZIONE in ottemperanza alla Deliberazione della Regione Lombardia, DGR N. VII/18853 del 30/09/2004, ed a quanto previsto nel protocollo relativo alle norme igienico sanitarie da applicare nelle scuole dell'infanzia.

Ai Genitori di _____

Io sottoscritt _____ NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ PADRE/MADRE/ TUTORE DELL'ALUNNO/A

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ CLASSE _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia responsabilità (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARO che mio figlio/a è stato assente per uno dei seguenti motivi (barrare la casella):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> febbre e malessere | <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> congiuntivite |
| <input type="checkbox"/> malattie infettive (varicella, scarlattina.....) | <input type="checkbox"/> altre malattie _____ | |

DICHIARO inoltre di aver contattato il proprio pediatra dottor/ssa _____

e di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza. Dichiara infine che il proprio/a figlio/a può essere riammesso alla frequenza.

In fede

Data
