



Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo Statale "MARGHERITA HACK"
Via Matteotti, 3 - 20057 Assago (MI)
Tel: 02 4880007 - 02 4880004
e-mail uffici: miic886007@istruzione.it PEC: miic886007@pec.istruzione.it

DICHIARAZIONE
per il rientro a scuola in caso di assenza (superiore a 3 giorni)

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

n. tel./cell. _____ mail. _____

genitore/esercente la responsabilità genitoriale/tutore dell'alunno/a

COGNOME _____ NOME _____

frequentate la classe _____ Sez. _____ **INFANZIA** **PRIMARIA** **SECONDARIA**

DICHIARA
(barrare uno dei tre casi)

- in caso di assenza dell'alunno/a per motivi di salute riconducibile a COVID-19 di avere consultato il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) o Pediatra di Libera Scelta e allega la certificazione medica attestante la possibilità di essere riammesso in classe
- in caso di assenza dell'alunno/a per motivi di salute di avere consultato il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) o Pediatra di Libera Scelta e di essersi attenuto scupolosamente alle indicazioni ricevute dal proprio medico
- in caso di assenza dell'alunno/a per altre motivazioni che il motivo dell'assenza è il seguente

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

La presente dichiarazione deve essere consegnata, unitamente ad eventuali allegati, direttamente agli insegnanti