associazione
scuola materna
giannantonio campostrini

AUTOCERTIFICAZIONE
AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO ASSENZA PER MALATTIA

Alunno/a : ……

classe/sezione : ……

I sottoscritti …… …… genitori dell'alunno/a sopra indicato/a, consapevoli della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente per …… dal …… al …… per un totale di giorni ……..……..

- che il/la proprio/a figlio/a può riprendere la frequenza della scuola poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività. In particolare dichiarano che il proprio figlio:

  - è in stato di buona salute e non presenta sintomi influenzali o parainfluenzali

  - che il/la proprio/a figlio/a, assente nei giorni precedenti per malattia è attualmente in buone condizioni generali e non presenta segni o sintomi di patologia acuta in atto, di aver contattato il pediatra di Libera scelta e di esserci attenuti alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità.

Sommacampagna, ……..……

Firma ……

Firma ……...

Privacy
I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020.

(da consegnare ai docenti di sezione/classe il mattino del giorno del rientro)

Via Parco della Rimembranza, 2 – 37066 Sommacampagna (VR)- tel e fax 0458961645
direzione-segreteria@scuolamaternacampostrini.it – www.scuolamaternacampostrini.it
C.F. 80011720234 - P.I. 01585340233