

ALL. "A"

Al Presidente della Scuola Materna e Micronido  
N.G. GAIFAMI TRECCANI – MONTICHIARI (BS)

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Oggetto: dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per riammissione a Scuola dopo 3 gg. di assenza per malattia.

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Genitore/Tutore dell'alunn \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

Frequentante la Scuola Materna e Micronido N.G. GAIFAMI TRECCANI di Montichiari

- Sentito il proprio medico curante/pediatra sul superamento di eventuali malattie infettive in atto;
- Considerato che sono trascorsi (>3gg.) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di malattia e quindi di assenza da Scuola;
- Visto la L. 675/96 sulla tutela ed il trattamento dei dati personali;
- Visto l'art. 47 del D.P.R. 440/00;
- Vista la L.R. 12/03;
- Visto il regolamento interno della Scuola;
- Consapevole che in caso di falsa dichiarazione anche a seguito di controllo sulla veridicità, verrà denunciato all'autorità giudiziaria e decadranno gli eventuali benefici ottenuti con falsa dichiarazione:

#### DICHIARA

Che \_l\_ citat\_ alunn\_ ha superato la malattia eventualmente infettiva in atto e può essere riammess\_ a Scuola senza pericolo sanitario nei confronti delle persone frequentanti la Scuola stessa.

In fede

\_\_\_\_\_  
Firma