



Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo Statale "Don Milani"

Via Don Milani snc – 20085 LOCATE DI TRIULZI (MI) - Tel. 02 90780494
CM MIIC88500B - e-mail: MIIC88500B@istruzione.it - pec: MIIC88500B@pec.istruzione.it
C.F. 97029000151 - IPA: istsc_miic88500B - CODICE UNIVOCO: UFG4BB
sito: <https://scuolalocate.edu.it>

DICHIARAZIONE
per il rientro a scuola in caso di assenza

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