

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*

Io sottoscritto _____ dichiaro, come da Vostra richiesta,
di aver accompagnato mio figlio/a _____ in data _____
dal medico curante dr./dr.ssa _____

In base alla valutazione del medico curante, dichiaro che mio figlio/a può
riprendere la frequenza scolastica a partire dal giorno _____

*Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28
dicembre 2000.

Data _____

Il genitore/tutore _____