

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA

(In alternativa al certificato medico)

Al Dirigente Scolastico della Scuola o Istituto

.....

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE

DA RESTITUIRE A SCUOLA, SARA' GARANTITA LA MASSIMA RISERVATEZZA

Io sottoscritto _____, genitore/tutore dell'alunno
_____ frequentante le classe _____ sez. _____
della scuola _____ di _____,
dichiaro sotto la mia responsabilità, che, a seguito della segnalazione della scuola, ho provveduto a
sottoporre ai controlli richiesti mio/a figlio/a.

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE

Data.....