MODELLO 10 - AUTOCERTIFICAZIONE PER USCITA ANTICIPATA LEGATA A MOTIVI DI SALUTE

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. Giulianova 2

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore dell'alunno/a _____,

frequentante la classe/sezione ___ della Scuola dell'Infanzia / Primaria _____, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver contattato per quanto di competenza il proprio pediatra o medico di libera scelta e che il/la proprio/a figlio/a, uscito in data _____ alle ore _____ per motivi di salute, può essere riammesso all'interno della comunità scolastica.

Giulianova, ___ / ___ / ___

FIRMA

_____