

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo "Antonio Custra"
Cercola

Io sottoscritto/a _____ (*nome e cognome*)

nato/a il _____ padre/ madre/ tutore (*sottolineare la voce corrispondente*) dell'alunno/a

_____ (*nome e cognome*) nato/a il _____

consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al

vero, dichiaro di aver consultato il proprio medico dr. _____

in data _____ e di essersi attenuto alle indicazioni date dal curante.

Autocertifica che il/la bambino/a può essere riammesso a frequentare la comunità scolastica.

Data, _____

Firma di autocertificazione
