

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"CESARE PAVESE – CANDELO SANDIGLIANO"

Il/la sottoscritto/a.....padre/madre dell'alunno/a

.....frequentante la scuola dell'Infanzia/

Primaria/Secondaria di.....sez.....

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

che il/la proprio/a figlio/a può riprendere la normale frequenza scolastica in quanto non affetto da patologia infettiva.

Data, _____

firma

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"CESARE PAVESE – CANDELO SANDIGLIANO"

Il/la sottoscritto/a.....padre/madre dell'alunno/a

.....frequentante la scuola dell'Infanzia/

Primaria/Secondaria di.....sez.....

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

che il/la proprio/a figlio/a può riprendere la normale frequenza scolastica in quanto non affetto da patologia infettiva.

Data, _____

firma
