



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE E. ALESSANDRINI

Tel. 029466306 Fax. 0294967188 e-mail: miis01400d@istruzione.it C. F.: 82003530159 C. M.: MIIS01400D

Sede centrale: ITIS – LICEO SCIENTIFICO

Via Einaudi, 3 – 20081 Abbiategrasso (MI)

Sede associata: IPS E. LOMBARDINI

Via Vivaldi, 8 – 20081 Abbiategrasso (MI)

DICHIARAZIONE per il rientro a scuola in caso di assenza

Il sottoscritto COGNOME _____

NOME _____

Nato a _____

il _____

residente in _____ (_____)

Via _____

n. tel./cell. _____

mail. _____

genitore/tutore dell'alunno/a

COGNOME _____

NOME _____

frequentate la classe _____

Istituto _____

DICHIARA

- in caso di assenza dell'alunno/a per motivi di salute riconducibile a COVID-19 di avere consultato il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) e allega la certificazione medica attestante la possibilità di essere riammesso in classe
- in caso di assenza dell'alunno/a per motivi di salute di avere consultato il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) e di essersi attenuto scrupolosamente alle indicazioni ricevute dal proprio medico
- in caso di assenza dell'alunno/a per altre motivazioni

che il motivo dell'assenza è il seguente _____

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

La presente dichiarazione può essere consegnata, unitamente ad eventuali allegati, direttamente a scuola o inviata in formato elettronico alla segreteria all'indirizzo: miis01400d@istruzione.it