



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO "XXV APRILE" - CIVITA CASTELLANA

0761 513060- fax 0761/513362 - vtic81600g@istruzione.it - www.ic25aprile.edu.it

DICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE IN CLASSE

(assenze che non richiedono il certificato medico)

Io sottoscritto _____ (nome e cognome), in
qualità di _____ (es. genitore/esercente la potestà genitoriale)
dell'alunno _____, classe ____, sez. _____, plesso

DICHIARO (barrare la casella relativa all'opzione prescelta)

- di aver informato il medico/pediatra di base dell'assenza del predetto alunno nel giorno/nei giorni
_____ (inserire date dei giorni in cui si è verificata l'assenza);
ovvero
- che l'assenza del predetto alunno è dovuta a motivi diversi da malattia.

Per ciò che concerne le informazioni sul trattamento dei dati di cui alla presente autodichiarazione si rinvia
alla informativa sul trattamento già rilasciata ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679

Luogo e data _____

Firma
