



**PARROCCHIA DI SAN MARTINO  
SCUOLA DELL'INFANZIA "DON GIUSEPPE GILARDI"**

Via Brera, 25 – 20010 INVERUNO (MI)

Tel. e Fax. 02/9787097

e-mail: [segreteria.scuola@chiesediinveruno.it](mailto:segreteria.scuola@chiesediinveruno.it)

[ScuolaInfanziaGilardi@pec.it](mailto:ScuolaInfanziaGilardi@pec.it)

Sito web: [www.chiesediinveruno.it](http://www.chiesediinveruno.it)

Codice Fiscale: 93003170151 P.Iva 08678140156

MOD B3 Rev. 01/2018

**DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE DOPO ASSENZA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/Tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante la Sezione \_\_\_\_\_ della Scuola dell'Infanzia "Don G. Gilardi"

**DICHIARA**

Che mio/a figlio/a è stato/a assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per il seguente motivo \_\_\_\_\_

Nel caso il motivo dell'assenza riguardi la salute o l'igiene, dichiara di aver contattato il proprio Medico (Pediatra, Specialista) e di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza da Scuola.

Dichiara sotto la propria responsabilità, che il proprio figlio/a è idoneo/a a riprendere tutte le attività scolastiche poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività dal giorno \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firme dei Genitori(\*) \_\_\_\_\_

**(\*) N.B. in caso di una sola firma**

*Alla luce del Codice Civile, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater, la richiesta deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori. Qualora la presente sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.*

*La Scuola dell'Infanzia G. Gilardi in conformità con la legislazione vigente in materia di trattamento dei dati, dichiara che i dati raccolti verranno trattati per gli usi esclusivamente necessari ai fini amministrativi della Scuola.*