

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE AL RIENTRO DA PERIODO DI ASSENZA

Il/La sottoscritto/a _____,

genitore/tutore dell'alunno/a _____ della classe _____ sez. _____

oppure

alunno/a (per i/le maggiorenni) della classe _____ sez. ____ del Liceo "E. Majorana" di S. G. La Punta (CT), con la presente

DICHIARA:

- Che l'assenza per n. _____ giorni consecutivi è stata motivata dalla seguente causa:

- Che, per assenza dovuta a cause medico-sanitarie, il soggetto interessato è stato regolarmente sottoposto a visita da parte del proprio Medico di Medicina Generale in data: _____/_____/_____.

- Che il Medico di Medicina Generale ha proposto le seguenti indicazioni e misure di cura in base all'evoluzione del quadro clinico del soggetto interessato:

- Che il Medico di Medicina Generale ha prescritto il rientro a scuola a partire dalla data del: _____/_____/_____.

Luogo e data: _____, _____/_____/_____

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE O DELL'ALUNNO/A MAGGIORENNE (leggibile)
