



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Direzione Didattica IV Circolo di Verbania

Modello autocertificazione* relativa alla richiesta di riammissione a scuola per alunni senza prognosi medica ovvero con prognosi medica di durata superiore all'effettivo rientro in classe

Ai docenti della Scuola _____

Il/la sottoscritto/a _____

genitore/esercente la patria potestà dell'alunno/a _____

classe/sezione _____

consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero

dichiara

che l'alunno/a può frequentare la scuola **con/senza esonero** dalle lezioni di educazione motoria.

Data _____

Firma (leggibile) _____

I dati richiesti avranno carattere di riservatezza prevista dal D.L.vo 30.06.2003 n. 196

*(in base allo snellimento amministrativo previsto dal D.P.R. n. 445/2000)

