

**DICHIARAZIONE
DI RIAMMISSIONE A SCUOLA A SEGUITO DI MALATTIA**

Noi sottoscritti _____ e _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____ cod.ISS _____

frequentante la classe _____ nel plesso di _____

assente per malattia dal _____ al _____ tot. giorni _____

al fine di ottenere la sua riammissione a scuola dichiariamo che nostro/a figlio/a è in grado di svolgere le regolari attività scolastiche.

Dichiariamo di essere a conoscenza che le informazioni e i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul sito della Scuola Elementare <http://www.elementare.educazione.sm/> nella sezione Documentazione famiglie

La presente documentazione deve essere trasmessa alla Direzione Scuola Elementare tramite fax al numero 0549-882711 oppure tramite e-mail a: scuola.elementare@pa.sm

San Marino, _____

Firma dei genitori/tutori

.....

.....