

**DICHIARAZIONE
PER LA RIAMMISSIONE ALLA FREQUENZA SCOLASTICA
A SEGUITO DI MALATTIA**

| | | | |
|-------------------------------|-----|---------------|-----|
| Io sottoscritto/a | | | |
| genitore/tutore dell'alunno/a | | | |
| frequentante la classe | | del plesso di | |
| assente per malattia | dal | al | gg. |

al fine di ottenere la sua riammissione alla frequenza scolastica

DICHIARO

che mio/a figlio/a è in grado di svolgere le normali attività scolastiche.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che le informazioni e i dati personali contenuti nella presente richiesta saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul Portale dello Stato www.gov.sm nella sezione Privacy.

San Marino, _____

Firma del genitore/tutore

.....