

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

Il/La sottoscritto/a _____ nat_____ a _____ (____) il _____ con residenza anagrafica nel Comune di _____ (____) via _____,

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di formazione o uso di atti falsi, in riferimento alla nota del Dirigente Medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Area Vasta 2 del 22/09/2014

DICHIARA

che l'assenza dalle lezioni dal _____ al _____ del/la proprio/a figlio/a

_____ frequentante la classe/sezione _____ della scuola _____

non è stata determinata da malattia.

Data _____

(firma)