



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA SECONDARIA  
DI PRIMO GRADO "L. MURIALDO"**  
Via N. Costa, 3 - 10070 CERES (TO)  
Tel. 0123/53317 -

Sito: [www.icmurialdo.edu.it](http://www.icmurialdo.edu.it)

E-mail: [TOIC80900T@istruzione.it](mailto:TOIC80900T@istruzione.it) - C.F. 83003750011

## DICHIARAZIONE DI RIENTRO A SCUOLA DOPO CINQUE GIORNI D'ASSENZA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

Frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

di questo Istituto, sentito un parere medico e assumendosene la responsabilità

### DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può riprendere a frequentare le lezioni il \_\_\_\_\_

perché non presenta sintomi di malattia infettiva in atto.

Data

Firma del genitore

**Il Dirigente Scolastico**

**Prof. ssa Giuseppina REALMUTO**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 c.2 del D.Lgs 39/93*