



**Scuola dell'Infanzia  
"MARIA RATTI MICALIZZI"**

Via della Chiesa, 9 – 20020 Bienate di Magnago (MI)  
P. Iva. 11686870152 C.F. 86002110152  
Tel. 0331.65.83.47 Fax. 0331.65.83.47  
e-mail: [materna.bienate@alice.it](mailto:materna.bienate@alice.it)

---

DICHIARAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA DOPO  
ASSENZA SUPERIORE PARI O SUPERIORE AI TRE GIORNI PER MOTIVI DI SALUTE  
Che non necessita di certificazione/attestazione da parte del pediatra

Il sottoscritto Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita.....data di nascita.....

Genitore di..... nato/a.....il.....

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente dalla scuola dal.....al.....

Per un totale di giorni n. .... Per.....

Che in caso di malattia sono state osservate le prescrizioni del medico curante e che può riprendere la frequenza scolastica, poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività. Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

CHIEDE LA RIAMMISSIONE a scuola del/della proprio/a figlio/a

Luogo e data.....

Firma.....

*N.B. il presente documento sarà conservato presso la segreteria della scuola dell'infanzia Maria Ratti Micalizzi, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.*