|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | logo MINISTERIALEISTITUTO COMPRENSIVO “Luigi Nono”Scuole dell’infanzia - Scuole primarie - Scuole secondarie di I° grado**Via E. Toti,37- 30034 ­Mira (Ve) tel. 041420355 - fax 041.4266114****e-mail: VEIC868002@istruzione.it – posta certificata: VEIC868002@pec.istruzione.it****Cod. Scuola VEIC868002 C.F.:90164460272** | MOD. 3 INFORT. |

 ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

 ISTITUTO COMPRENSIVO

LUIGI NONO

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DICHIARA che il/la proprio/a figlio/a

Nonostante il periodo di prognosi del Pronto Soccorso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a seguito infortunio occorso a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentito il parere del medico può frequentare regolarmente la scuola esonerando la stessa da ogni responsabilità.

Dichiarazione resa ai sensi delle Leggi ( 15/1968, 127/1997, 131/1998, DPR 445/2000) e della direttiva del M.P.A. n. 14 del 22/12/2011.

In fede.

Mira, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_