

*Scuola dell'Infanzia  
"Maria Zoccatelli"*



**AUTOCERTIFICAZIONE**

**AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO ASSENZA PER MALATTIA**

La sottoscritto/a.....nato/a ..... il.....

Genitore del bambino/a.....

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente dal ..... al ..... per un totale di giorni..... per il seguente motivazione .....

*E DICHIARA che il proprio figlio è in stato di buona salute.*

Luogo e data.....

Firma .....

**(da consegnare ai docenti di sezione/classe il mattino del giorno del rientro)**

**Associazione Scuola Materna Maria Zoccatelli**

Associazione riconosciuta iscritta al n. 941 Registro Regione Veneto Persone Giuridiche di diritto privato.

Sede Legale: Villafranca di Verona (VR) – fraz. Dossobuono – Piazza Don Girelli

C.F.80025520232 – P.I. 01551920232

Tel. e fax. 045 513123 – e-mail: maternadossobuono@gmail.com