

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunna/o _____

classe/sezione _____ plesso _____

DICHIARA

di essersi recato dal /aver contattato il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale per un consulto in relazione all'assenza della/del propria/o figlia/o il giorno/ nei giorni _____ e di avere ricevuto indicazioni specifiche.

Dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____