



## Istituto Farlottine

Via della Battaglia 10  
Via Toscana 148  
Via Berengario da Carpi 8  
Bologna

## AUTODICHIARAZIONE RIAMMISSIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  padre  madre  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
che frequenta la sezione/classe \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_  
dimesso il giorno \_\_\_\_\_

dichiaro di aver contattato il Medico curante / Pediatra / Struttura sanitaria

\_\_\_\_\_

e di essermi attenuto alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità di mio/a figlio/a.

Pertanto mio/a figlio/a può frequentare la scuola a partire dalla data odierna.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_