Informativa documentazione sanitaria

**Al DS Dell’ISISS M. POLO**

Il sottoscritto…………………………………………………………………………… ,

* genitore dello studente……………………………………………………………………..
* studente maggiorenne

che frequenta nel corrente AS………………………………… la classe……………………………. dell’indirizzo…………………………..

DICHIARA

di essere stato informato dal Cdc/ docente ………….……………………………… riguardo alle certificazioni sanitarie del proprio figlio/a consegnate alla scuola in data…………………………………….., dalle quali si evince quanto segue.

* Certificazione del……………………………….. valida fino al…………………………………..…
* Certificazione del……………………………… scaduta il…………………………………….………
* Altro……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

In caso di certificazione scaduta il sottoscritto si impegnerà a seguire il percorso per il rinnovo della documentazione presso gli Enti preposti.

Firma

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_