



## AUTOCERTIFICAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

\_\_\_\_\_

GENITORE DEL BAMBINO/A

\_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CUI VA INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONE NON CORRISPONDENTE AL VERO

### DICHIARA

- CHE IL BAMBINO È STATO ASSENTE DA SCUOLA PER MALATTIA DAL GIORNO \_\_\_\_\_ AL GIORNO \_\_\_\_\_.
- CHE SONO STATE OSSERVATE LE PRESCRIZIONI DEL PEDIATRA.
- CHE PUÒ RIPRENDERE LA FREQUENZA SCOLASTICA, POICHÉ NON SUSSISTONO CONDIZIONI INCOMPATIBILI CON LA PERMANENZA IN COLLETTIVITÀ.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE

\_\_\_\_\_