

AUTOCERTIFICAZIONE PER  
RIAMMISSIONE IN COMUNITA' SCOLASTICA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_ Cl. \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

D I C H I A R A

di aver consultato il proprio medico Dott. \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ e di essersi attenuto alle indicazioni date dal curante.

Ed in base a quanto indicato del D.g.r. 30 settembre 2004 7/18853 il bambino/a può essere riammesso a frequentare la comunità scolastica.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_