

## MODULO AUTOCERTIFICAZIONE PER RIAMMISSIONE

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

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

esercitante la patria potestà o legalmente delegato a esercitarla

### DICHIARA

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

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

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

Firma

\_\_\_\_\_

Cogiate, \_\_\_\_\_