

**AUTOCERTIFICAZIONE PER
RIAMMISSIONE IN COMUNITA'
SCOLASTICA**

Il/la sottoscritta/a.....genitore di.....

Dichiara di aver consultato il proprio medico dr.....

In data.....e di essersi attenuto alle indicazioni date dal curante.

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

Data.....

Firma