



MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE NELLA COMUNITÀ SCOLASTICA INFANZIA

Il/la Sottoscritto/a padre/madre dell'alunno
..... sez
della scuola dell'Infanzia,

DICHIARA

di aver consultato il proprio medico
dott.
in data e di essersi attenuto alle
indicazioni date dal curante ed in base a quanto
indicato nel D.g.r. 30 settembre 2004/ n. 18853
l'alunno/a può essere riammesso/a frequentare la
comunità scolastica.

Milano,

Firma
.....