

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIAMMISSIONE IN COMUNITA' SCUOLA DELL'INFANZIA

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 scuola
dell'infanzia.

Data _____ Firma _____