

**AUTOCERTIFICAZIONE PER
RIAMMISSIONE IN COMUNITA'
ASILO NIDO**

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 asilo nido.

Data _____

Firma