

**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO L'ASSENZA PER  
MOTIVI DI SALUTE**

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

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

---

Assente dalla scuola dell'infanzia per motivi di salute

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

Di aver contattato il medico curante e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità;

Pertanto il bambino può frequentare la scuola dell'infanzia a partire dalla data odierna.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_