

**AUTOCERTIFICAZIONE PER  
RIAMMISSIONE IN  
COMUNITA' SCOLASTICA**

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

genitore di \_\_\_\_\_

dichiara di aver consultato il proprio medico Dottor

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_